Med. Sch.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICOS DEL HOSPITAL GENERAL

Director

Dr. Luis Méndez

(Director del Hospital General)

CUERPO DE REDACCION

DOCTORES:

Gregorio Salas.
Rodolfo Gayol.
Germán Troconis A.
Fernando Quiroz.
Aquilino Villanueva.
Gustavo Argil.
Reynaldo Escobar.
Eduardo Vignon.
Manuel Ortiz.
Amador G. Ugaled.
Salvador González H.
Emilio Longoria.
Juan N. Vasavilbaso.
Manuel J. Castillejos.
Darío Fernández.
Mariano Vázquez.
Arturo de los Ríos.
Juan Mora.
Abraham Ayala González.
Leonides Guadarrama.
Ignacio Cávez.
Salvador García Téllez.
Juan Luis Torroella.
Juan N. Andrade.
Pablo Mendizábal.
Manuel Perea.
Rosendo Amor E.
Alfonso Sousa y Abarca.
Ismael Cosío Villegas.
Alejandro Verges.
Cayetano Andrade.
Gonzalo Cosío.
Humberto Camacho.
Antonio Gómez.
Julián González Méndez.
Abelardo Monges López.
Genaro Márquez.
Vicente Pérez de la Vega.
Ignacio González Guzmán.
Ricardo Rojina.
Manuel Martínez Báez.
Enrique Villela.
Ernesto Ulrich.
Eliseo Ortiz.
Francisco Fonseca.
Javier Longoria.
Manuel Pesqueira.
Manuel Lezama.
Benito Flores.
Darío de Hoyos.
Joaquín Correa.
José García Noriega.
Pablo Barroeta.
Salvador Alvarado.
Angel Fuertes.
Armando Bustos.
Genaro Zenteno.
Luis G. Campos.
José María González Guzmán.
Roberto Alfaro.
Juan Díaz Pérez.
Joaquín Castillejos.
Carlos M. Torres.
Lázaro Pavía.
Arturo Lara Rivas.
Angel G. de Quevedo.
Alejandro Velasco Z.
Roberto Gamboa.
Mario Fuentes.
Alfonso Guadalajara.
Abel Ramiro Moreno.
Ignacio Vertti.
Julián Guinea.
Rubén Ricalde y G.
Fernando Medina.
Luciano Huerta.
Rodolfo Ayala.
Serafín Murillo.
Manuel Castañeda.
Alejandro Guevara.
Eduardo Rivas.
Manuel Manzanilla.
Mario Quiñones.
J. Trinidad Cano.
Carlos Coqui.
Manuel Vaquero.
Salvador Aceves.
Lino Vergara.
Magín Puig.
Luis Vaquero.
Alfonso Vergara.
Ricardo Kirchner.
César Graham.
Wistano García R.
José Luis Gómez Pimienta.
Clemente Carrillo y Cárdenas
José A. Guevara.
Enrique de Noriega.
Ramón Flores.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
23 JUN 1933

Noviembre de 1932

Año VII

No. 39

Cloruro
de
SINOMENINA
(Reg. D. S. P. 3700)
PARA EL
TRATAMIENTO
del REUMATISMO
y NEURALGIAS
"CLORURO DE SINOMENINA" es un remedio específico para el Reumatismo y Neuralgías, descubierto por el Dr. Médico N. Yshiwari, después de largas investigaciones efectuadas en el Instituto Farmacológico de la Universidad Imperial de Kiyoto, bajo la superintendencia del Profesor K. Marishima.
"CLORURO DE SINOMENINA" es una sal clorhídrica de la Sinomenina, alcaloide cristalino obtenido por un procedimiento químico especial del Sinomeniun actum Rehd et Wils (Minos permaceas), hierba medicinal, específica para el tratamiento del Reumatismo y las Neuralgías, que goza de gran popularidad en el Japón desde tiempos muy remotos.
"CLORURO DE SINOMENINA" es un polvo blanco, cristalino, de sabor acre, soluble en agua en proporción de 4-8%, funde a 231 C.
Importadores: CIA. INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.
Isabel la Católica, 85. México, D. F.

Tetracloruro de carbono "MERCK" absolutamente puro, elaborado especialmente para uso interno, denominado

Necatorina

en cápsulas gelatinosas de ½ y de 1 g

M.R.

E. Merck Darmstadt

Mayores informes darán gustosamente

Merck-México, S. A.

Apartado 2669 **México, D. F.**

UNION MEDICA MEXICANA, S. C. L.

Laboratorios Terapia

México, D. F. Gómez Farías 33

HEMOTONIKOL

U. M. M.

Fórmula:

Hierro Glicerofosfato.. 0.10 gms.
Sodio Cacodilato..... 0.20 „
Estricnina Sulfato....0.002 „
Agua bidestilada c. p. b. 5 c. c.
por ampolleta.

Indicaciones terapéuticas:

El Hemotonikol está indicado principalmente en los casos que hay necesidad de aumentar el número de glóbulos rojos en la sangre y la hemoglobina de los mismos, como acontece en las anemias por hemorragias, en el paludismo, en los casos de anemia en los individuos parasitados (por tricocéfalos, anquilostoma, etc.), y en las convalecencias en general.

Contraindicaciones:

Insuficiencias hepática y real e hipertensión.

Posología:

Adultos: Una inyección diaria o cada tercer día, siguiendo las instrucciones del médico.

Niños: De la tercera parte a la mitad de la ampolleta, diaria o cada tercer día, según la edad y las instrucciones del médico.

Nota: No debe usarse indefinidamente. Después de diez inyecciones suspéndase el tratamiento durante diez días.

Presentación:

Caja de 10 ampolletas.

Registro número 8277. D. S. P.

DINOGENOL U. M. M.

Fórmula.

Sodio Cacodilato..... 0.20 gr.
Sodio Glicerofosfato.... 0.20 „
Estricnina Sulfato..... 0.002 „
Suero Fisiológico C. B. P. 5. c. c.

Indicaciones terapéuticas: Obrando como tónico general, es útil como auxiliar en el tratamiento de: Las anemias, convalecencias, neurastenia, y en los asténicos y debilitados.

Contraindicaciones: Insuficiencias hepática y renal, e hipertensión.

Presentación: En caja de diez ampolletas.

Advertencia: Queda exclusivamente en manos de los señores médicos el señalar la dosis en cada caso particular.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

Registro No. 8340. D. S. P.

Los Médicos de Prestigio Prescriben estos Productos

LITERATURA A SOLICITUD

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

Registrada como artículo de segunda clase, con fecha 23 de diciembre de 1930.

DIRECTORIO

DR. LUIS MENDEZ.

(Director del Hospital General.)

DIRECTOR.

M. LEON DIAZ.

Administrador.

Eric. 9-13-99. Mex. L-02-92.

Hospital General.

MEXICO, D. F.

PRECIOS DE SUBSCRIPCIONES:

Para el interior de la República, Estados Unidos, Islas Felipinas, Cuba, Canadá, España y América en general:

Por un año..... $ 10.00

Para los demás países de la Unión Postal Universal:

Por un año..... $ 20.00
Números sueltos..... 1.00
Números atrasados..... 1.50

Nuestros precios para el extranjero son en dólares o su equivalente en Moneda Nacional.

Se acepta colaboración, pero en ningún caso se devolverán originales. Toda correspondencia relacionada con la Redacción de este periódico, debe dirigirse al Director.

Para cambio o suspensión de anuncio, o de subscripciones, debe darse aviso por escrito a la Administración.

Correspondencia sobre anuncios y subscripciones diríjase al Administrador.

SUMARIO:

Los Procedimientos Quirúrgicos en Tuberculosis Pulmonar. — Por el doctor Alejandro S. Berges. 1371

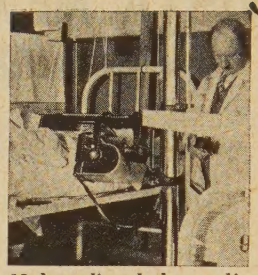
La Operación de W. Wayne Babcock en los Aneurismas de la Aorta Toráxica.—Por los doctores Julián González Méndez y Salvador García Téllez. 1385

Estudio Teórico-Práctico de la operación intracapsular de la Catarata.—Por el doctor R. Castroviejo jr. (concluye) 1395

Para Radiografía y Fluoroscopia

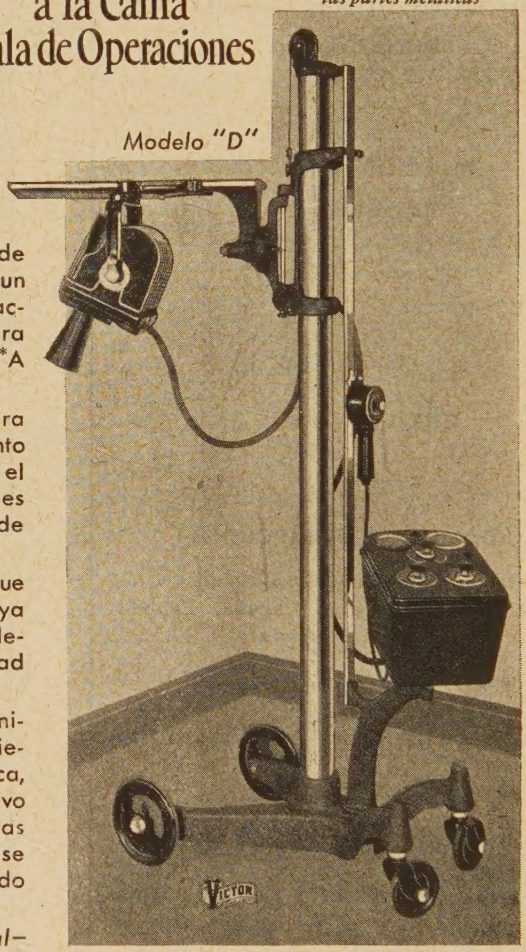
EQUIPO MOVIBLE SHOCK PROOF*

Para Consultas Particulares Radiografías Junto a la Cama Sala de Operaciones



No hay peligro de choques eléctricos ni de corta-circuitos con las partes metálicas

Modelo "D"



Tanto el Tubo de Rayos X como el Transformador de Alta Tensión están sumergidos en aceite dentro de un receptáculo metálico suspenaido por la columna vertical. El resultado de esta construcción es el siguiente: Absoluta seguridad contra choques eléctricos aún cuando se haga contacto con el aparato durante su funcionamiento

NO importa que sea una radiografía de un paciente en la sala ortopédica de un hospital o el examen rutinario de una fractura, el Equipo Movible Modelo "D" para Rayos X lo puede hacer mejor por ser *A PRUEBA DE CHOQUES ELECTRICOS.

En los hospitales es de un valor inmenso para el diagnóstico de radiografías tomadas junto a la cama o como aparato auxiliar en el departamento de rayos X. A los médicos les proporciona las innumerables ventajas de un servicio de rayos X muy útil.

Nótese su adaptibilidad y la facilidad con que se obtiene la posición deseada, aunque haya partes metálicas u otras obstrucciones. Además, está provisto de 100% de seguridad eléctrica.

Los detalles excepcionalmente finos obtenidos en las radiografías, así como la limpieza y definición de la imagen fluoroscópica, se deben al pequeñísimo punto focal efectivo del tubo de rayos X. Las técnicas sencillas tomadas como norma aseguran el que se obtengan muy buenos resultados aún cuando no se haya tenido preparación alguna.

–Requiere solamente una inversión nominal–

Pídase descripción detallada

GENERAL ELECTRIC
SOCIEDAD ANONIMA
Distribuidores Exclusivos para la República Mexicana
Gante y 16 de Septiembre—México, D. F.

GENERAL ELECTRIC
X-RAY CORPORATION
2012 Jackson Boulevard Chicago, Ill., E. U. de A.

ANTES VICTOR X-RAY CORPORATION

Me interesa recibir información acerca del Equipo Movible SHOCK-PROOF. E-57-S

Dr. _____

Calle _____ No. _____

Ciudad _____ País _____

La corriente eléctrica es de _____ Voltios _____ Ciclos

Los Procedimientos Quirúrgicos en Tuberculosis Pulmonar

Por el Dr. Alejandro S. Berges,
Servicio para Tuberculosos.
Hospital General

(Contribución del Hospital General al X Congreso Médico Nacional)

NO es el momento de insistir acerca de las consideraciones de orden teórico que norman la aplicación de los varios procedimientos quirúrgicos empleados en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, los cuales son ampliamente conocidos del mundo científico, desde los trabajos de Brauer y Sauerbruch, en Alemania, de Spengler y Schreiber, en Suiza; de Ranzi y Denck, en Austria; de Saugmann y Gravessen en Dinamarca; de Bull, Tandberg y Jacobaeus, en Países Escandinavos; de Morriston Davies, en Inglaterra; de Bérard, Tuffier, Dumarest y Maurer, en Francia; de Lilienthal, Alexander, y Archibald, en Estados Unidos de América y el Canadá.

Sólo pretendo aportar mi corta experiencia en las intervenciones, que por indicación mía como médico de uno de los Pabellones de Tuberculosis de este Hospital General, practicaron con mi actuación como ayudante, los competentes cirujanos de tuberculosis pulmonar, Efrén R. Marín y teniente coronel Fernando Rueda Magro, de cuyos resultados voy a dar cuenta.

Al comunicar los resultados de nuestra labor (buenos o malos), no desearíamos que según ellos se juzgara de la bondad de los procedimientos empleados, esperando que más bien puedan servir de estímuo para aquellos que aun pudieran poner en duda la utilidad de esta cirugía, mostrándoles hasta donde nos fuere posible el valor de esta terapéutica, aplicada en muchos casos que nos parecían desahuciados, y procurndo ofrecer los datos de experiencia que puedan servir para fomular las indicaciones, variables como las formas mismas de la tuberculosis, puesto que los resultados favorables deben esperarse en mayor proporción de una atinada selección de los casos que de la técnica operatoria aplicada.

Los procedimientos operatorios que hemos empleado, son:

La frenicectomía de Félix, o más bien, la exéresis amplia del frénico; **la neumolisis extrapleural de Tuffier**, con relleno parafinado de Baer; **la toracoplastía de Sauerbruch**, total, o parcial superior.

La **frenicectomía** es la operación más sencilla de las que se practican en tuberculosis, pero no por ello de las menos eficaces cuando está bien indicada.

En total se han practicado 23 frenicectomías por indicaciones diversas, ya como terapéutica autónoma o como adyuvante en neumolisis o en toracoplastías.

Se hizo frénico-exéresis como operación aislada, en aquellas enfermedades en quienes no era practicable el neumotórax por impedirlo la sínfisis inter-pleural, y que presentaban lesiones unilaterales úlcero-fibrosas. Según la opinión manifestada por los autores, esta terapéutica autónoma, proporciona a veces, resultados tan inesperados como excelentes.

En algún caso que me mostró el doctor Gómez Pimienta, encargado de uno de los Servicios para Tuberculosis de este Hospital, la operación que practicó a uno de sus

enfermos, tuvo resultados muy eficaces en la lesión cavitaria sub-apical que presentaba observándose el cierre y progresiva desaparición de la espelunda.

Por nuestra parte, en 15 de nuestras operadas en las que se practicó frenicectomía como intervención única, sólo en dos casos se observó la retracción y el cierre de sus cavernas, y en las demás sus lesiones cavernosas permaneceieron inertes.

En todas las operadas fué habitual la tolerancia y la benignidad de la frenicectomía, practicada pajo anestesia local. La mejoría fué muy aparente en casi todas, obteniéndose una inmediata sedación de la tos, hecho que no debe explicarse por la hemiparálisis frénica que no dificulta la función béquica de las operadas, sino por la disminución de la actividad respiraooria y su acción para disminuir al mismo tiempo la actividad de las lesiones; la expertoración disminuyó de volumen y nunca se dificultó la expectoración al sobrevenir la parálisis frénica.

Subsiste aún en el capítulo de las indicaciones un gran margen de duda que con el tiempo se ha de suprimir; en efecto, hemos operado enfermas con lesiones ulcerosas grandes, estabilizadas, cuya evolutividad era tórpida en muchas, y con tendencias fibrosante y retráctil; Berard y Dumarest dicen, que en semejantes casos, la frenicetomía por sí sola es una operación verdaderamente curativa y definitiva. Sin poner en duda lo que estas autoridades afirman, según sus observaciones, por mi parte y en la reducida escala de observación con que cuento, confieso que sólo en dos casos he visto que la frenicectomía resulte una terapéutica suficiente y definitiva.

Cavernas tuberculosas rodeadas de un círculo grueso y opaco de fibrosis en el rontgenograma han permanecido inertes en nuestas operadas después de la intervención; para algunos este círculo escleroso que demarca las paredes cavitarias sería esencialmente retráctil y nada más está en espera de la disminución de tensión pulmonar en sentido vertical al cesar el tonus frénico, para entrar en acción concéntrica y obliterar la caverna; no negaré la posibilidad que tal cosa acontezca, pero no la he visto.

Creo que no deben hacerse muchos vaticinios acerca del potencial retráctil que sugiera el aspecto escleroso del círculo peri-cavitario, y por el contrario, hay que dudar que tal caverna llegue a cerrarse por sí misma; se trata de cavernas casi siempre inertes, lo mismo al neumotórax que a la frenicectomía y que aun liberadas de sus bridas por el método de Jacobaeus siguen abiertas y sólo ceden a la presión directa de un oleotórax compresivo. Se les atribuye indebidamente una propiedad retráctil que no les pertenece en propio, y que es peculiar del tejido pulmonar elástico peri-lesional.

Mi aserto se robustece con las valiosas observaciones con que ilustra Jacquerod su monografía intitulada "Espeleología Pulmonar" o ciencia de las cavernas. En efecto, uno de los grandes méridos de este tisiólogo ha sido renovar el concepto clásico en Medicina, que adopta como expresión típica de caverna pulmonar a aquella que no es sino la representación del grado más avanzado del proceso cavitario y cuya pared está organizada por tejido fibroso y tapizada interiormente por membrana piógena cubierta de granulaciones y fungosidades supurantes. Para Jacquerod no todas las cavernas tienen la misma significación anatomo-patológica y el mismo valor clínico y distingue tres variedades: "a).—Cavernas de primer grado, caracterizadas en el fotograma por imagen de contorno circular, relativamente apenas dibujado, cuyo interior no se ve completamente claro, y clínicamente, por ausencia de expertoración, a pesar del complejo sintomático de actividad tuberculosa. Representa la primera fase del proceso de eliminación del foco gaseoso, (fenómeno de Koch), cuyo centro no está aún completamente destruído. b).—Cavernas de 2o. grado, que preceden a las cavernas definitivas o del 3er. grado. No habían sido bien identificadas por los clínicos, dice Jacquerod, por falta de datos anatómicos, porque en autopsias se aplastan al abrirse la cavidad torácica, perdiendo la forma regular que se les observa en el esquiagrama, cuyos caracteres son los siguientes: imagen anular fina y de contorno níti-

damente dibujado, circunscribiendo un espacio uniformemente claro, en un enfermo que presenta expectoración bacilífera, de tipo numular y muco-purulenta. Anatómicamente, las paredes cavitarias están constituídas por tejido pulmonar blando, infiltrado recientemente por proceso de alveolitis y susceptibles de curar por un proceso en todo semejante al de resolución neumónica. c).—Cavernas de tercer grdo, cavernas crónicas, encapsuladas, definitivas. Caracterízanse en el rontgenograma por imagen circular (a veces de grandes dimensiones, ocupando todo un lóbulo) o por un círculo claro circundado por un campo pulmonar muy oscuro (fibrosis) en un enfermo por lo general muy crónico, cuya expectoración es constantemente bacilífera. Anatómicamente, la caverna crónica o encapsulada está constituída por un cascarón fibroso organizado que la aisla del tejido pulmonar elástico que la circunda, manteniéndolas abiertas o inertes a la acción del neumotórax, frenicectomía, etc., y que requieren para su obliteración la acción directa de la mano del cirujano."

Por lo expuesto y por lo que he observado, me parece que para que una frenicectomía dé buenos resultados, hay que practicarla en portadores de cavernas de segundo grado de Jacquerod. Aunque estas espeluncas y las del primer grado son las llamadas a desaparecer por la cura de reposo sanatorial, también es un hecho posible el que si tal cosa no sucede, pasen al grado siguiente, de cavernas definitivas, perdiendo el enfermo la oportunidad de una curación fácil por frenicoexéresis. También me parece que en pacientes pobres y urgidos por la necesidad de trabajar, no debe contemporizarse si presentan lesión cavitaria de segundo grado, porque hay grandes probabilidades de que la frenicectomía dé los resultados esperados, y en mi concepto, tal indicación se convierte en electiva.

Ampliando más mi idea acerca de esta indicación quirúrgica, me parece que debía preferirse la frencectomía en cavitarios de segundo grado a la institución de un neumotórax artificial, siempre que dicha lesión cavitaria se presente como lesión aislada, sin infiltración peri-cavitaria. En estos casos sí cabe esperar con cierta certidumbre efectos oclusivos cavitarios subsecuentes a una frenicectomía, acto que además de definitivo es suficiente y más ventajoso para el porvenir del enfermo que un neumotórax, si se tiene en cuenta la necesidad de mantener a éste con insuflaciones periódicas durante 2 o 3 años o más, y las eventualidades de reacción pleural líquida, cuya evolución siempre es incierta.

La frenicectomía, como operación fácil y benigna, llegará a tener en nuestro medio el favor exagerado, que al decir de autores como Straub, se le concede en el extranjero, convirtiéndola a veces, en una especie de panacea quirúrgica de la tuberculosis. Yo pienso que tal impresión no es exagerada, entre otras razones, porque está uno impulsado a practicarla más de lo necesario, en vista de la dificultad actual de limitar sus indicaciones precisas como operación autónoma, estando tentado el médico a probar su suerte en el azar de los resultados desconcertantes que tantas veces se observan con esta intervención.

De aquí que por ahora todos se avengan a la presente incertidumbre, mientras escaseen aquellos criterios que permitan discernir con precisión la indicación acertada, y se acepten las clásicas indicaciones formuladas por las autoridades de la tisiología, quienes son las primeras en reconocer los desengaños que se cosechan en este campo de la terapéutica quirúrgica.

Por lo mismo, no dudo en transcribir las conclusiones a que han llegado Morin y Rautureau en su trabajo efectuado sobre 88 casos de frenicectomía y quienes formulan dichas conclusiones, según el estado anatómico de las pleuras y del tejido pulmonar lesionado, de sus operados:

1o. —En casos de sínfisis pleural total, la mejor indicación de frenicectomía practicada por cavernas tuberculosas, será en los casos afebriles y relativamente recientes, cuyas cavidades son poco extensas y rodeadas de tejido pulmonar sano. Si son cavernas antiguas, grandes, cercanas a la corticalidad pulmonar y acompañadas de signos de marcada retracción, convendrá recurrir de plano

a la toracoplastía, cuando el estado del enfermo lo permita, o limitándola parcialmente en lo posible. Si hubiere cavernas localizadas en la región media, debe practicarse la frenicectomía inmediata, y no esperar más de seis meses para practicar una plastía si la exéresis frénica no dió resultados.

2o.—En casos de neumotórax dificultado por bridas que no sean operables por el procedimiento de Jacobaeus, está indicado reemplazar el neumotórax por frenicectomía, siempre que el muñón pulmonar no tenga adherencias amplias con la pared torácica que unan la zona patológica cuyas lesiones son extensas y justa-corticales, porque en este caso con toda probabilidad la frenicectomía fracasará y hay que hacer toracoplastía.

3o.—En los resultados obtenidos por frénico-exéresis en los casos en que reemplaza al neumotórax ineficaz por causa de adherencias, no hay que olvidar la importancia que tiene **el factor pleural** en el mecanismo de acción terapéutica de la parálisis hemidiafragmática y la necesidad de que las hojuelas pleurales estén libres ampliamente, así como el que sean limitadas las lesiones pulmonares y de evolución reciente; son, por tanto, condiciones semejantes a las requeridas por el neumotórax." Opinan dichos autores, "que los resultados de una frenicectomía en tales casos depende de una indicación comparable a la del neumotórax, pero que éste no debe ceder la oportunidad a la frenicectomía, si las lesiones son por ataque agudo, evolutivo, grave, que indudablemente son mejor influenciadas y únicamente por neumotórax total."

Como hacen notar además, los autores citados, no está lejano el día en que los inconvenientes del método de Forlanini le hagan perder terreno en favor de la operación de Félix, "cuando la expereincia más larga transforme las indicaciones todavía muy imprecisas de la frenicectomía."

Las operadas por el doctor Marín en la temporada de mayo a junio de 1931, fueron antiguas tuberculosas cuya evolución excedía de dos años, con cavernas grandes la mayor parte y con signos de retracción y evolución lenta, poco febril. De las ocho operadas, siete mejoraron su estado general, aumentando el peso, disminuyendo la tos, la expectoración, etc., pero en ninguna desaparecieron las cavernas.

Los casos operados en el curso del presente año por el doctor Rueda Magro, ascienden a doce; una de ellas, que se operó en pleno brote evolutivo y febril con gran enflaquecimiento y que presentaba infiltración y caverna sub-clavidulares, presenta actualmente, junto con un aumento de ocho kilos de peso (en 4 meses), una caverna de mucho menores dimesiones que la que tenía antes y que parece va a cerrarse completamene al mismo tiempo que la infiltración se ha hecho compacta y muy oscura, acusando transformación fibrosa; no expectora y por consiguiente, no emite bacilos; era un caso de evolución precoz y aguda que probablemente curará definitivamente; otra operada presentaba varias cavernas apicales izquierdas con extensa infilración homolateral y cavérnula del vértice opuesto, curso agudo y febril, con gran enflaquecimiento; en menos de tres meses, la frenicectomía suprimió los síntomas de evolución febril y la hizo apirética, mejorando su estado general que ganó 11 kilos de peso, dejándola en condiciones de resistir hace dos meses una toracoplastía total con amplia resección. En otras dos operadas se obtuvo una detención de los síntomas, mejoría del estado general y aumento de peso (4 kilos) en una; ésta resistió perfectamente un tiempo superior de plastía que le asegura una sólida curación y la otra ha dejado de ser enferma febril y ha recobrado fuerzas y apetito; en otro caso se intervino por lesión tuberculosa de forma lobar, localizada en la base izquierda; las adherencias con la cúpula diafragmática impidieron el neumotórax, se practicó la frenicectomía sin obtenerse por de pronto ningún resultado, pero con la ayuda del tratamiento aúrico hemos observado posteriormente a la intervención una disminución de la fiebre, de la tos, de la expectoración que actualmente es de carácter mucoso, pero con presencia de basilos, y con mejoría notable del estado general.

En las demás enfermas la mejoría fué no
En los demás enfermos la mejoréa fué notable en 3 que ya sufrieron con perfecta re-

dando una de estas últimas con todos los signos de curación al parecer definitiva. En las cuatro restantes dos siguieron con su proceso agudo, ya muy avanzadas las lesiones y han muerto; dos son casos recientes que han mejorado algo su situación.

La operación se practicó siempre con anestesia local e invariablemente se ha seguido la incisión de Sauerbruch, de unos 4 centímetros de longitud casi paralela al borde posterior del haz cleido mastoideo; nunca ha habido necesidad de colocar pinzas de hemostasis porque es una operación que se practica en blanco; se ha terminado con la maniobra de Félix de enrollamiento lento del nervio en una pinza de Kocher, y con el objeto de destruir todas las anastomosis cervicales y torácicas hemos procurado extraerlo en una longitud superior a diez centímetros y tanto Marín como Rueda Magro, han extraído repetidas veces nervios frénicos enteros con ramificaciones gruesas probablemente supradiafragmáticas.

Al practicar la maniobra de Félix hay dolor al hombro y luego de forma constrictiva, que oprime el movimiento inspirador del tórax; este dolor no puede impedirse ni por sección previa del tronco frénico en su nacimiento ni por su anestesia troncular, y depende de la elongación y ruptura de hilos sensitivos que van por otros nervios hasta los centros. El nervio siempre ha sido encontrado en su trayecto preescalénico del cuello y situado a cubierto de la vaina aponeurótica del escaleno, la cual hay que limpiar sin destruirla, para no perder tan preciosa referencia, pues el nervio siempre es visible por transparencia a través de la aponeurosis, reconociéndosele además por su trayecto peculiar de arriba hacia abajo, inclinándose al borde interno del escaleno anterior, para entrar en el pecho. Algunas veces tropezamos con ramas de la cervical transversa que deben aislarse sin tocarlas.

Nunca hemos observado ninguna complicación.

En un caso se encontró en su referencia preescalénica un frénico cuyo tronco era algo más grueso; identificado y aislado en su trayecto hacia el tórax se procedió a practicar su exéresis; el dolor al hombro fué más intenso que de costumbre y luego se irradió al pecho a medida que progresaba el enrollamiento del nervio. Al terminar la operación había parálisis flácida y total del deltoides, aun cuando en la radioscopía observamos una de las más notables parálisis frénicas con elevación de la cúpula diafragmática de varios centímetros; posteriormente, el deltoides recobró su tonicidad y sus movimientos completos, sin observarse ninguna atrofia. Hubo lesión probable de fibras pertenecientes al circunflejo y que seguían un trayecto frénico retrógrado y que fueron destruídas al seccionar y arrancar el frénico.

Siempre han cicatrizado los operados por primera intención.

Resumiendo la impresión que arrojan los resultados de nuestras frenicectomías, diré que en casi todas la mejoría es notable, pero, salvo un solo caso de curación completa, en los demás la operación se mostró insuficiente por tratarse de casos avanzados en los cuales hubo que asociar los efectos de la frénico-exéresis con los de otras intervenciones: neumolisis extrapleural y toracoplastía.

Siguiendo la corriente científica europea, que en 1930 preconizó la práctica de la **neumolisis extrapleural con plombaje** de parafina en ciertos casos de tuberculosis pulmonar, practicó el doctor Marín, en compañía del doctor Rueda Magro, 18 operaciones de neumolisis, en pacientes de clientela privada unos y en diez enfermas del Pabellón de Tuberculosas.

Las indicaciones fueron formuladas por mí y tomé parte en las intervenciones fungiendo como ayudante para la preparación de algún detalle técnico de esta intervención.

Las observacioes que corresponden a estas 18 neumolisis extrapleurales figuran como casuística clínica de la tesis recepcional de nuestro compañero el hoy médico señor Mariano Romero que consagró su tesis al estudio de la neumolisis.

17 casos se operaron por la vía anterior del tórax y sólo uno se operó siguiendo la vía posterior que sigue Sauerbruch.

La vía anterior recomendada por Tuffier,

instaurador de la neumolisis, ha sido estudiada por Berard recientemente, quien la halló superior a la vía posterior o paravertebral que tiene entre sus inconvenientes, la incomodidad de trabajar en el fondo de un embudo más o menos profundo de músculos de la región, cuya sección da lugar a hemostasis y posibles colecciones sero-hemáticas que pueden comprometer la buena contención del plombaje, etc. Además, como ha demostrado Berard, es más fácil desprender el cono pulmonar del ápex, seprándolo por vía anterior, de su inserción torácica.

Nos conformamos en todo con las indicaciones de la vía anterior recomendadas por el cirujano de Lyon y siempre las encontramos conformes con la práctica de nuestros distintos operados.

Los cinco primeros casos se operaron con anestesia general por cloruro de etilo con la máscara de Camus que permite la mezcla con aire. Esta anestesia es poco tóxica, no deja efectos secundarios perjudiciales al pulmón o al estado alérgico del tuberculoso y es útil en una operación ejecutada muy rápidamente.

Los casos siguientes fueron operados con anestesia local por novocaína, cuyos resultados son excelentes y permiten resecar, sin molestias para el paciente, fragmentos de costilla.

La operación, según la técnica que dió Tuffier, consiste en practicar, mediante incisión subclavicular y disociación de los haces del pectoral, una vía a través de la pared torácica resecando un pedazo de costilla y separando con un dedo así introducido en la pleura externa de su inserción con la pared torácica; como sabemos existe un tejido conjuntivo laxo subpleural, verdadero plano de clivaje que sigue el dedo operador, y por medio de esta disección roma, queda roto todo vínculo anatómico entre la pleura y el plano costo-muscular; la separación es fácil de practicar y al terminar este tiempo operatorio, no queda sino una cavidad más o menos amplia, según la retractilidad del pulmón subyacente; este tiempo era doloroso y logramos hacer enteramente soportable la maniobra mediante inyección de sedol.

No queda sino rellenar el hueco intratorácico y extrapleural, y para ello el medio más sencillo y eficaz es el relleno con la pasta parafinada de Baer, la cual preparamos con la fórmula y técnica que aconseja dicho autor.

La intervención es benigna y nunca produjo ningún choque; seis de estos enfermos fueron operados en la sala de intervenciones quirúrgicas del Puesto Central de Socorros facilitada por el señor doctor Efrén D. Marín, quien nos brindó en forma tan liberal su valiosa ayuda, apadrinando científicamente las primeras neumolisis que se hicieron en México, y abriendo las puertas de dicha institución a una nueva rama de la cirugía que no dudamos alcanzará en el futuro el brillante porvenir de los métodos aceptados por nuestros cirujanos.

Los enfermos operados por las tardes en el Puesto de Socorros, eran encamados en dicho lugar, instruídos convenientemente acerca de las precauciones profilácticas que debían observar rigurosamente, y pasada la noche bajo vigilancia médica, al día siguiente por su pie se retiraban a su domicilio utlizando cualquier vehículo, lo cual prueba la benignidad de esta operación. Las enfermas operadas en el pabellón del Hospital, mostraron igual tolerancia, y a veces pidieron ir por su pie hasta su cama, lo cual se permitió en vista de las excelentes condiciones en que se hallaban después de operadas.

Nunca observamos desgarradura de la pleura al desprenderla, ruptura cavitaria a pesar de operar casos peligrosos, tampoco hemorragia intratorácica, infección del plombaje, etc.

He aquí un procedimiento elegante por la precisión y sencillez de su técnica y por qué no deja ninguna deformidad aparente en el tórax, exceptuando la huella de cicatriz **per primam**.

Si a esto se anade la acción del plombaje que obra electivamente en el sitio de una caverna, desde luego está uno tentado a adoptarlo con entusiasmo.

Posteriormente le encontramos dos inconvenientes graves:

1o.—La posibilidad de que el organismo

expulse el medio de compresión como cualquier cuerpo extraño.

2o.—La excesiva compresión estrictamente localizada a la zona de acción del plombaje, que exige hacer plombajes muy amplios a veces.

En las operaciones practicadas por cavernas solitarias, con pulmón relativamente poco invadido por lesiones tórpidas de tipo nodular ya de aspecto escleroso, la curación ha sido muy satisfactoria en 10 casos, que se pueden repartir así:

3 casos no presentan ningún signo de tuberculosis y trabajan en la actualidad;

Los otros 7 restates observan la cura de reposo y algunos de ellos han seguido asiduamente el tratamiento médico, que nunca debe suspenderse en ninguno, hasta que el tiempo asegure la consolidación de la cura. Con la ayuda de este tratamiento y el plombaje, no podemos considerar curados a otros, aunque sí notablemente mejorados en su pronóstico, al dejar de ser portadores de cavernas.

En un caso se intervino por sínfisis pleural extensa en una tuberculosis aguda localizada al lado superior derecho y con caverna; se intervino en pleno período agudo y se practicó un extenso plombaje de más de 900 grs. Como si se tratara de la acción brusca que tiene en casos parecidos el neumotórax, en este enfermo también se observó una sideración completa de todos los síntomas agudos en menos de quince días; este gran cuerpo extraño se toleró más de 8 meses sin ninguna molestia, pero la indocilidad del paciente para seguir las prescripciones del tratamiento médico y toda clase de abusos y hasta excesos cometidos en la creencia de hallarse curado, dieron al traste con la tolerancia y crisis paroxísticas de disnea y angustia nos obligaron hoquedad que ha supurado constituyéndose a extraer el plombaje, quedando una gran el empiema residual; una toracoplastía paravertebral ya iniciada y que debería ampliarse lateral y anteriormente, son la única solución que podrá evitar al enfermo los peligros de amilosis por supuración crónica.

En otros dos casos, al cabo de 3 y 4 meses, respectivamente, sin que se presentaran signos febriles, etc. por infección se observó hinchazón en algún punto de la cicatriz y fistulización consecutiva saliendo gran parte de la parafina en forma de hilos y sin estar alterada en lo más mínimo, sin acompañarse de pus. Este accidente es inevitable y mengua la estabilidad de los resultados de la neumolisis, y no es de atribuirse a defectos de técnica por lo tardío de su aparición.

En un caso considerado como de indicación ideal, caverna aislada en el vértice derecho, se registró un fracaso imputable a un error cometido por el preparador de la masa de Baer; se empleó parafina expendida por los cereros con el nombre de "parafina de primera," la cual es una adulteración obtenida con sustancias que resultaron nocivas para ser introducidas dentro del tórax; al cabo de unos días de la operación la enferma presentó fiebre elevada, y abultamiento de la zona de cicatriz próxima a ceder; además, había disnea. Se debridó inmediatamente y salió gran cantidad de pus de aspecto sucio y con sorpresa observamos la fusión de la pasta, que indudablemente estaba compuesta con un producto adulterado, como pudo comprobarse con el mismo vendedor. Los síntomas de disnea y fiebre desaparecieron al momento; se dejó una ligera compresión por gasa durante unos días; desgraciadamente, esta enferma había sido operada por su tendencia a presentar grandes hemoptisis catameniales, y un accidente hemoptoico fulminante que se produjo inopinadamente cegó esta vida. Debe usrse parafina Gübler purísima, fusible a 60°, cuidadosamente esterilizada y mezclada a carbonato de bismuto y vioformo ciba.

Los casos siguientes fueron operaciones sobre enfermas graves y en quienes se intentó esta operación para hacer algo susceptible de modificar en algo el pronóstioc inexorable de sus lesiones.

En número de 5, estos casos no ofrecen ningún interés para juzgar acerca de la eficacia de la operación y sólo es de hacer notar que fueron perfectamente toleradas, a pesar del estado de las enfermas.

Resumiendo nuestra impresión acerca de

la neumolisis extrapleural con plombaje, podría decir: es una operación útil en casos estrictamente apicales y es de esperar una curación fácil y rápida; no debe olvidarse que su defecto básico consiste en la presencia del cuerpo extraño parafinado, inconveniente que le ha hecho perder gran parte de su interés y será sustituída por el procedimiento de apicolisis por resección costal propuesta por Maurer.

La teracoplastía paravertebral tipo Sauerbruch, con las ligeras modificaciones de técnica propuestas por Maurer, es otro de los procedimientos que hemos empleado.

Los cuatro primeros casos fueron operados por el doctor Marín y los cinco restantes siguientes por el doctor Rueda Magro. En todos los casos he asistido al cirujano en mi calidad de médico y fungiendo como ayudante.

Es conocido ampliamente el detalle histórico-científico, que atribuye la idea de practicar esta resección paravertebral al francés Boiffin (de Nantes), quien insistió en que esta intervención, a pesar de consistir en una resección costal mínima, por estar localizada en la zòna paravertebral, determina una reducción mucho mayor de la capacidad torácica que la producida por costectomías laterales o anteriores.

La operación de Sauerbruch consiste, por consiguiente, en la aplicación quirúrgica del enunciado de Boiffin: resección subperióstica de fragmentos de costillas en su segmento paravertebral y que siempre se hará rasando las apófisis transversas.

Antes de revisar los resultados que hemos obtenido, es menester advertir que sólo 2 casos eran estrictamente unilaterales, condición que se ha querido imponer como indispensable; los otros casos que se han operado, han llegado a manos del cirujano como casos avanzados, que no habían beneficiado del neumotórax en tiempo oportuno, pues se trata de enfermas del Hospital que ingresaron en malas condiciones y que la simple cura de reposo en nada las mejoraba.

No ha sido cuestión de saber en ellas si un pulmón era el enfermo y el otro completamente sano, sino más bien, en presencia de un pulmón muy enfermo y el otro menos atacado, cuál sería la resistencia que iban a oponer a la operación las lesiones del lado menos afectado.

Por regla general la clínica y la exploración física no resuelven el problema, pues la exclusión de signos físicos no permite prejuzgar de la integridad del pulmón que va a asumir la función compensadora. Hay que guiarse por el aspecto radiográfico que presenta el pulmón que no va a ser operado, el cual debe mostrar lesiones de tendencia esclerosa modular.

Por lo que respecta al pulmón más enfermo, hay que guiarse por los signos de fibrosis, que en sé mismos implican tendencia natural de curación: hay que buscar en la radiografía, la desviación o atracción de la tráquea y de la sombra cardíaca hacia el lado más enfermo, junto con la retracción y oblicuidad de las costillas que estrechan los espacios intercostales y el ascenso o aspecto bridado del diafragma.

El examen clínico debe definir la tendencia evolutiva de las lesiones, pero la radiografía es aquí el documento básico e indispensable que siempre será confrontado con los datos clínicos.

No será mi intento describir las múltiples formas que presenta la tuberculosis pulmonar y distinguir las que convienen al cirujano, y siguiendo la tendencia de Sauerbruch y de Brünner, me parece más útil clasificar a los candidatos para toracoplastía en tres categorías:

Los **casos buenos,** los **casos medianos** y los **casos malos.**

a) Haré la descripción de lo que puede llamarse un **"buen caso."** Desde el punto de vista anatómico, tuberculoso crónico, de predominio unilateral, fibrótico aunque presente cavernas cuyas dimensiones no excedan del tamaño de un huevo de gallina y sin ninguna lesión evolutiva del otro lado, por más que presente lesiones a veces extinguidas. Un caso que hoy cosideramos curado presentaba enorme caverna izquierda que desapareció por toracoplastía y plombaje asociados, pero el pulmón derecho era enteramente sano. Desde el punto de vista clínico, afección cuya evolución date de unos dos años, en adulto cuyo estado general es

mediano y con pulso y temperatura normales o ligera fiebre, presentando expectoración constantemente bacilífera.

Los ensayos de neumotórax, cura de aire y de reposo han mostrado su ineficacia; el enfermo está incapacitado para la vida activa; expectora bacilos y ha sido rechazado del taller, etc., y es además un sujeto tan débil para trabajar, que cada vez que lo ha intentado ha sufrido hemptisis, ataque evolutivo, etc.

Si la radiografía muestra signos de retracción fibrosa estará formalmente indicada la toracoplastía total o parcial, por dos razones:

1o.—Por el sombrío porvenir que se cierne sobre estos pobres sentenciados de Hospital, si nos referimos a las estadísticas que muestran una reclusión definitiva y la muerte inevitable.

2o.—Por el conocimiento que tenemos de los buenos resultados de la terapéutica quirúrgica indicada.

Los mismos enfermos, hastiados de ver pasar los días de su miseria sin remedio, y convencidos del fracaso de otras terapéuticas, están deseosos de saber si "no queda algo que pueda curarlos."

b) Expondré lo que se entiende por **"caso mediano o discutible."** Simple diferencias de grado desde el punto de vista patológico e inmunológico, separa los **discutibles** de los **casos buenos**: infiltración más diseminada del lado enfermo, cavernas múltiples y voluminosas que radiológicamente han demostrado tendencia al agrandamiento, a veces, un brote evolutivo que se muestra en forma de velo que parte del hilus hacia la región media o hacia la base y que no tiende a regresar...

Sin embargo, existen signos de retracción que indican la conveniencia de ayudar eficazmente al proceso natural de curación.

En el pulmón opuesto pueden existir lesiones; sospechosas de tendencia evolutiva.

Clínicamente: estado general deficiente, temperatura oscilante entre 37 y 38°, pulso rápido, inestable, etc.... La enferma pierde peso, se debilita más y más, sufre anorexia, insomnio, malestar general, su expectoración presenta perennemente abundantes bacilos.

El pronóstico con el tratamiento médico es sencillamente malo; inútil todo intento de colapsoterapia que fracasa por sínfisis, etc.

Sólo la cirugía puede llegar a curar a algunos de ellos.

c) Tracemos los rasgos de "**un caso malo.**"

En estos casos, las lesiones han mostrado bastante actividad en los meses anteriores, y aunque limitadas en apariencia, siguen progresando y llegarán a ser muy graves; si en ambos lados hay caverna, con seguridad hay que tenerlo por caso muy malo.

En el lado menos enfermo, hay lesiones que se muestran activas, y en este caso no habrá lugar a operar hasta lograr que entren en reposo. Estos enfermos suelen ser febriles y su temperatura oscila desde hace meses entre 37 y 38°, enflaquecen progresivamente, son anoréxicos, etc., su facies de infectados muestra que están próximos a caer.

En la radiografía hay lesiones extensas, en forma de manchas de aspecto "flou," es decir, sucias, borrosas, poco definidas en su tono y límites, carácter radiográfico de lo caseoso.

En el lado opuesto hay lesiones en la zona para hiliar o en la base, lo cual es más desfavorable aún, y que indican bilateralización neumónica que no siempre logra dominar la crisoterapia.

Hecha esta división de los candidatos a toracoplastía, ¿cuál es **el criterio** de que podremos valernos para apreciar los resultados?

Los operados también pueden ser considerados en diversas categorías: **"prácticamente curados," "mejorados," "empeorados o agravados"** y **"defunciones operatorias."**

En tuberculosis suele decirse de un caso "que está **prácticamente curado,**" porque en dicha afección, como en cáncer, no se está autorizado para pronunciar la curación absoluta, a pesar de que una intervención tenga visos de ser definitiva; nuestro acto quirúrgico no pretende ni siquiera la extirpación radical de las lesiones y solamente se concreta en dominarlas y ponerlas en condiciones de cicatrización.

Con Sauerbruch podría decirse: "que un

enfermo se considerará **"prácticamente curado"** (por toracoplastía), cuando no presenta síntomas de lesiones en actividad desde el transcurso de un año, cuando tose muy poco o no tose; cuando no expectora o si sólo arroja esputo mucoso sin bacilos de Koch; cuando su estado general le ha permitido volver a una vida normal en su casa; y sobre todo, si le ha permitido trabajar sin molestias: en una palabra, cuando pueda ganarse la vida sin peligro para sus semejantes."

Tenemos el caso del segundo operado por Marín, que se consideró **"un caso mediano o discutibel,"** portador de gran lesión cavitaria izquierda, que daba un gran volumen de expectoración, y con pulmón opuesto no sólo íntegro, sino en hipertrofia compensadora; neumtórax impracticable por brida gruesa que no pudo seccionarse por el método de Jacobaeus; intervención: sólo una plastía tenía probabilidades de cambiar la suerte de este enfermo; en un 1er. tiempo operación de Grégoire, en la región supraclavicular, con resección de frénico y parcial de los escalenos y resección por esta misma vía de la 1a. costilla; en un 2o. tiempo costectomía paravertebral desde la 2a. a 7a., inclusive; esta intervención con analgesia local y bien tolerada a pesar del misérrimo estado general del operado; posteriomente un pequeño plombaje acabó de cerrar la caverna; actualmente, supresión de todo signo clínico; sin bacilos en el esputo; trabaja sin inconvenientes desde hace 8 meses como inspector de cines; lo consideramos **"prácticamente curado."**

Otro caso operado por Rueda Magro recientemente (octubre), considerado **"caso mediano."** Lesión lobar superior derecho con caverna y bridas múltiples que impedían el neumotórax o su sección intratorácica; lado opuesto lesiones modulares diseminadas "aspecto fibroso de granulia fría," al parecer no activas; expectoración abundante y bacilífera, fiebre; estado general mediano. Toracoplastía paraverteberal el 2 de octubre pasado, resección amplia subperióstica de fragmentos de las costillas 1a. a 7a. inclusive con anestesia local y regional; tolerancia completa de la intervención que apenas debilitó momentáneamente el estado general; cesó la fiebre, disminuyó hasta desaparecer la expectoración, buen colapso regional juzgado por radiografía; aumento de peso, fuerzas, apetito, etc., permitiéndose la salida de la enferma que reside en Cuernavaca y cuyo clima le conviene para seguir bajo las condiciones actuales de su lesión la cura de reposo unos meses.

Considero a este caso como un futuro caso **"prácticamente curado."**

Un tercer caso permite afirmar por el tiempo transcurido la cuación pulmonar en un lado y posibilidad de hacer toracoplastía más amplia en el lado opuesto; por vía de ensayo se practicó (doctor Marín), una costectomía paravertebral con resección mediana, en una enferma cuyo pulmón izquierdo presentaba un brote secundario apical y en el cual no quise intentar el neumotórax, sino probar la acción del reposo funcional por costectomía ligera; al cabo de 8 meses hay limpieza radiológica del lado operado y sólo persiste inspiración ruda y expiración prolongada en zona de Chauvet, indiscutible testimonio clínico de una fibrosis cicatricial, que no tiene expresión radiológica."

Ahora procederemos a practicar con menos riesgo, una amplia toracoplastía derecha, cuyo pulmón gravemente lesionado, son una extensa lobitis superior derecha cavitaria, en una enferma que ha ganado 3 kilos y cuyo estado general es de lo más favorable para intentar la intervención que la pondrá posiblemente entre la categoría de caso **"prácticamente curado."**

Definiré lo que entendemos por **"una mejoría."**

Desde luego encontraremos **"mejorías de todos los grados:"** tenemos enfermas operadas recientemente (3 casos), que parecen muy mejoradas, es decir, tosen poco, expectoran menos de diez veces al día (disminución enorme del volumen de expectoración y cambio de su aspecto del esputo numular al mucoso); disminución de la eliminación de bacilos; cese completo de toda alteración de temperatura; aumento del apetito, de las fuerzas, ninguna molestia o sensación patológica, etc. Pertenecen a los cinco casos que operó en el curso de octubre el doctor Rue-

da Magro, ayudado por mí; uno de ellos era un caso considerado por sus caracteres clínicos y anatómicos como **"un caso malo,"** lesiones cavitarias de varias dimensiones en el 1/3 superior del pulmón izquierdo; lesión del vértice opuesto que consiste en infiltración justa cisural y caverna de dimensiones de una nuez, evolución febril, con gran enflaquecimiento, falta de fuerzas, etc., incapacitada y rechazada del taller tiene hijos a quienes no puede sostener, pues es viuda. Primer tiempo frenicectomía y torcoplastía inferior, cede la temperatura y sobreviene un aumento de peso de 11 kilos; 2o. tiempo, costectomía superior desde la 1a. a la 6a., con lo cual completamos la toracoplastía total izquierda.

Las lesiones derechas no parecen entrar en actividad, y posteriormente aplicaremos aquí la neumolisis o más bien apicolisis sin plombaje según la técnica propuesta por Maurer. Resultados actuales que se pueden calificar por lo rápidos y recientes, entre los de **"una buena mejoría."** Otro caso se refiere a enferma con ulceración grande e infiltración pericavitaria extensa del tercio superior izquierdo, neumotórax impracticable por sínfisis; pulmón opuesto con infiltración nodular de aspecto escleroso; caso considerado mediano en virtud de los caracteres de proceso pulmonar izquierdo activo y evolutivo febril: toracoplastía de las siete primeras costillas superiores; cede la temperatura en los días siguientes a la operación; inopinadamente sufre un ascenso y aparecen dolores en la línea de incisión. Rueda Magro buscaba la causa en alguna infección o fusión de tejidos traumatizados, y por mi parte yo creía en una vuelta de la temperatura propia a las lesiones pulmonares, sin embargo, fué posible debridar en algunos puntos la cicatriz para ver aparecer pus que provenía de catgut de ligaduras, tejido celular fundido, etc., y situados superficialmente, curación húmeda estéril y caliente resolvieron en unos días la cuestión y la fiebre cedió desde luego, quedando totalmente cicatrizada a las 3 semanas. Actualmente se puede considerar como **"una mejoría notable,"** no hay fiebre, no hay expectoración, hay apetito, buen sueño, etc. y el lado derecho permanece al parecer inactivo.

Otro **"caso de mejoría"** en operada reciente de Rueda Magro es el de una cavitaria derecha, de curso tórpido y ligeramente febril, gran expectoración bacilífera; neumotórax impracticable por sínfisis; la frenicectomía hace ceder la fiebre, pero no mejora la situación de las lesiones abiertas; lado izquierdo infiltración fina diseminada, que por auscultación no da indicios de su actividad; toracoplastía parcial derecha y limitada a las 7 primeras costillas superiores; ligera fiebre al día siguiente que cesa al 3er. día; actualmente, no queda sino expectoración mínima de aspecto mucoso y con pocos bacilos; no hay fiebre, tose muy poco; se siente perfectamente y ha recobrado el sueño; radiológicamente, buen colapso de la zona pulmonar correspondiente a la toracoplastía y pared que todavía no ha llegado al máximo de su inflexión: es una mejoría considerable.

Estos casos, al ser operados, no se habían considerado como "**casos buenos**" para toracoplastía, sino como **"medianamente favorables"** y por ello esperamos se consoliden lentamente estos resultados.

Los operados **"medianamente mejorados"** son aquellos que presentan todavía tos y expectoración, aunque su tempeartura haya vuelto a la normal, con aumento de fuerzas y que experimentan según ellos mismos, "una sensación de bienestar y alivio:" es el caso de la 5a. operada de Rueda Magro, la cual no ha sufrido sino el tiempo superior de toracoplastía con resultados inmediatos que auguran un resultado también favorable a la resección final de las costillas 7a. a 10a.; persiste, en efecto, una caverna abierta, localizada por abajo de la zona ya en vías de colpso quirúrgico, y que explica la persistencia de expectoración bacilífera; no debe darse por terminada la labor del cirujano con la mejoría alcanzada sino cuando la 2a. operación suprima totalmente la expectoración, que es un requerimiento absolutamente necesario. Será operada antes del 15 del corriente.

Todas estas enfermas (4 de las 5 operadas de Rueda Magro), serán obligadas a

permanecer en el Hospital, pues su pronóstico depende de la categoría de **"medianas odiscutibles"** en la que las consideramos para operarse de toracoplastía, y si temporalmente la mejoría se ha manifestado francamente podría ser posible que algunas pudieran agravarse.

Mortalidad operatoria.—De las 9 toracoplastías que por indicación mía han practicado los doctores Marín y Rueda Magro, sólo registramos un caso de muerte. Hay que diferenciar entre muertes operatorias secundarias a complicación o evolución de la tuberculosis, y las post-operatorias de los días subsiguientes al acto.

El primer operado de toracoplastía, operado en junio de 1931, considerado por el estado de sus pulmones como **"un buen caso,"** al serle practicada la incisión opuso resistencia y negó que la analgesia se hubiera produdido, dando muestras de una nerviosidad que no es rara en tuberculosos.

La operación fué proseguida con anestesia clorofórmica y duró 2 horas; se resecaron las 7 primeras costillas superiores en la zona paravertebral, con los obstáculos naturales de la región, cubierta por gruesas y muy irrigadas capas musculares del operado; el curso post-opeatorio transcurría favorablemente; la cicatriz era completa al 9o. día; hacía el 7o. día el enfermo presentó disnea intensa, acompañada de extrema ansiedad, con taquicardia de 160 revoluciones por minuto; el aspecto de la cicatriz no permitía pensar en una infección local y era dudosa la septicemia, pues la temperatura fué estable alrededor de 36°. El examen del tórax no permitió explicar por alguna complicación de las pleuras o pulmones el cuadro, y la perturbación del ritmo cardíaco se destacaba solitariamente, como un gran acceso de taquicardia cuyo tratamiento médico fué difícil y determinó la muerte por síncope al 3er. día de su aparición y 10o. de la operación. Siempre lo atribuiré al error de haber empleado la anestesia clorofórmi-

"PULMOSEPTINA"

Intensa Medicación Antibacilar para la Tuberculosis.

Fórmula del Dr. Salvador V. Altamirano de la Facultad de México

S. Zendejas

Exámen Dr. Perrin 11 de Abril 1932.
Bacilos de Koch moniliforme largo 320'7 por campo
Estreptococos numerosos.—Neumococos numerosos

Exámen Dr. Perrin 28 de Abril 1932
Bacilos de Koch paramoniliforme largo 5'5 por campo
Estreptococos no se observan. -Neumococos escasos

Examen Dr. Perrin 7 de Mayo de 1932.
No se observan fibrillas elásticas.
Bacilos de Koch 4.4 por campo agrupados.
Desintegración granulosa, fagocitosis.
Estreptococos no se observan.—Neumococos escasos.

No. de Registro 2429 (DOS AMPOLLETAS) Patente No. 1871

Casa Bezanilla

ca, que fué tóxica para la función hepática probablemente, determinando la insuficiencia hepática que según Fiessinger es factor de energía grave y que por falta de saturación de toxinas tuberculosas desprendidas del foco pulmonar comprimido, determinó un grave desequilibrio neurovegetativo y la excitación del simpático (?) determinando una taquicardia que mató al enfermo.

Haré mención de dos condiciones a las cuales atribuyo la tolerancia que han mostrado posteriormente los casos operados de toracoplastía:

1a.—La anestesia local y regional por novocaína con suprarrenina, en solución de 1 por 200 para los planos cutáneoe-musculares en los que infiltramos por término medio unos 50 cgrs. de producto, sean 100 c. c. y en solución al 1 por 100 empleando unos 20 c. c. de solución para la anestesia troncular de los nervios intercostales.

2a.—La lentitud y ponderación para ejecutar operaciones tan mutilantes en organismos tuberculosos siempre muy debilitados y expuestos al choque; el tiempo empleado por Marín o por Rueda Magro para una resección paravertebral de 7 costillas, es de unas 2 horas, contando desde el comienzo de la minuciosa analgesia hasta la colocación del apósito. Se dice que Sauerbruch hace una toracoplastia total en 15 minutos, con enfermo anestesiado y sin practicar la sutura de reconstrucción de los planos.

El tiempo de mis colaboradores tal vez podría ser mejorado en algo menos de 2 horas, pero nunca permitiré que mis enfermos sean pasto de la voracidad operatoria, pues estimo que tuberculosos como los que he confiad a mis colegas cirujanos citados, hubieran sucumbido indefectiblemente si no hubieran sido operados con toda calma, evitándoles todo sufrimiento por falta de anestesia y toda hemorragia por la prisa o desdén hacia los pequeños vasos que tanto abundan en esta región operatoria.

Resumiendo los resultados obtenidos por toracoplastía paravertebral, operados por indicación pulmonar en nueve casos, encuentro:

—Una curación **"prácticamente definitiva."**

—Una **"mejoría"** unilateral, con regresión radiológica de las lesiones y sin manifestaciones clínicas de actividad en el mismo lado.

—Una **"mejoría notable,"** caracterizada por colapso completo de la lesión de tipo limitante, y cuya probable evolución se mantendrá favorable.

—Cuatro **"mejorías muy favorables,"** de cuyo porvenir nada puede prejuzgarse, porque fueron recientemente operadas; notable benignidad de la operación.

—Una **"mejoría mediana,"** por la persistencia de expectoración bacilífera que proviene de caverna que será colapsada en el 2o. tiempo inferior; esta enferma será operada antes del 15 del corriente, pues ya está preparada.

Es decir, sobre 9 operaciones, 7 mejorías y un caso mediano.

—Mortalidad operatoria: un caso.

Sólo en un caso, infección superficial ya curada por cicatrización.

En ninguna enferma se han vuelto a presentar perturbaciones del ritmo cardíaco graves, sólo aceleración muy transitoria y de poca intensidad.

En todas las enfermas el mediastino permanece en su lugar y opone un sólido apoyo para el colapso pulmonar eficaz, a la pared torácica, cuya inflexión aun no es completa en las recientes operadas.

No deseo incurrir en el error de querer hacer estadística con tan pocos casos, ni tampoco formular conclusiones definitivas.

Hubiera sido preferible, sino fuera abusar del tiempo y de la benévola atención de mis oyentes, dignos de ser consagrados a más altos temas, detallar algunas de las eventualidades que se nos han presentado en cada caso; pero quédese esto para mí y mis estimables colaboradores, reclutas en estas disciplinas, para provecho y experiencia cosechadas con lentitud en nuestras modestas observaciones.

Ojalá que la mala o escasa reputación que aun pudiera perdurar en torno de esta terapéutica quirúrgica de la tuberculosis, sobre todo entre los señores médicos, desaparezca cuando se den cuenta de la escasa mortalidad operatoria.

Si algún alcance clínico tuviera este trabajo, apenas lo creo provechoso para mis enfermos, tuberculosos avanzados todos ellos, y rescatados algunos al oscuro porvenir de su afección evolutiva y mortal; su tratamiento, si otro podría encontrárseles, requería largos años de permanencia en Hospital; si se les dejara salir del Establecimiento sin hacerles nada, serían otros tantos vectores de contagio para el medio social e ineptos para todo trabajo; he aquí el alcance social que, nos parece, tiene su tratamiento por la cirugía.

Tampoco espero que este mal eslabonado relato, contenga adelanto o contribución para la ciencia médica; sólo desearía, si me fuése permitido expresarlo, que los señores internistas tomaran algo más en cuenta a los cirujanos que han logrado aportar un gran progreso en el tratamiento racional de la tuberculosis pulmonar.

Son los internistas, en efecto, los que encuentran tuberculosos pulmonares y son, por tanto, los llamados a acudir al cirujano, cuando otros medios no sean aplicables, para que opere y cure a sus enfermos.

Antes de terminar, quiero pagar una deuda de gratitud a mis colaboradores quirúrgicos a quienes debo la materia para este trabajo, así como el precio de su labor competente y la deferente subordinación con que amablemente atendieron cuantas indicaciones les hice acerca de sus actos quirúrgicos en diversos casos para mí más conocidos; esta colaboración médico-quirúrgica en todas las ramas de la Ciencia Médica, pero sobre todo en las enfermedades torácicas, es un gran factor de progreso en la terapéutica de la tuberculosis pulmonar y para ello urge se fundan en una sola las personalidades del médico y del cirujano.

Dr. Alejandro S. Berges, Médico del Servicio de Tuberculosis.—Hospital General, México, D. F.

EL
ULTRAGADOL
IRRADIADO
de sabor agradable
REEMPLAZA VENTAJOSAMENTE EL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO
LES
Etablissements Chatelain
París - FRANCE
Agentes en México:
A. RUEFF Y CIA.
Lucerna No. 7. MEXICO, D. F

La Operación de W. Wayne Babcock en los Aneurismas de la Aorta Toráxica

Su Empleo por Primera Vez en México

Trabajo que Presentan al X Congreso Médico Nacional los Dres. Julián González Méndez y Salvador García Téllez

(Contribución del HOSPITAL GENERAL de la BENEFICENCIA PUBLICA DEL DISTRITO FEDERAL)

Nos complace traer el presente trabajo, y someterlo a la consideración de ustedes, en representación del Hospital General de la Ciudad de México. Mereció la aprobación del cuerpo técnico del Establecimiento para hacernos el honor de venir a este Congreso.

Con motivo de las historias clínicas que presentó el Dr. Patricio A. McCarthy a la Academia de Cirugía de Filadelfia, y que constan en su artículo publicado en los "Anales de Cirugía" de febrero de 1930, nos impresionó vivamente la operación que propone Babcock para tratar los aneurismas de la aorta toráxica. Como el estudio de los principios en que funda el autor su intervención entra de lleno en la fisio-patología cardiovascular, de la competencia exclusiva del especialista, el Dr. García Téllez brindó su franca cooperación, dejando para el que habla el problema quirúrgico, pudiéndose de este modo llevar a término el estudio que presentamos.

En julio de 1931, en el III Congreso Médico Panamericano, efectuado en la ciudad de México, el Dr. W. Wayne Babcock, profesor de cirugía en la Facultad de Temple, Filadelfia, E. U. A., presentó un trabajo que tituló "**La aplicación de las leyes de la Hidráulica a las operaciones sobre el sistema vascular**", en donde después de recordar lo difícil que es la interpretación hidro-cinética de la circulación, indica las leyes que le sirven de base para su operación.

1a.—La presión parietal de un líquido que pasa por un tubo es inversamente proporcional a su velocidad.

2a.—Si las paredes del tubo se dilatan, la presión aumenta porque disminuye su velocidad.

3a.—Si se estrechan, disminuye la presión porque la velocidad aumenta.

De acuerdo con lo anterior, y tratándose de aneurisma del cayado aórtico, hace una anastomosis término-terminal entre los cabos centrales de la carótida primitiva y la yugular interna, después de ligar definitivamente los cabos periféricos de los mismos vasos. Permite así un paso de la arteria carótida (sistema a presión) a la vena cava (sistema de presión negativa), adaptando condiciones anatomo-vasculares, para que la velocidad de la corriente aumente al nivel del saco del aneurisma, disminuya la presión, se descomprima el aneurisma, y por lo tanto se evite la ruptura.

Revisando las leyes que rigen el movimiento de los líquidos en el sistema arterial, el Dr. Ocaranza en su Fisiología Especial, nos recuerda los elementos: Hidrostático, hidrodinámico, hidráulico; así como las leyes de: presión, viscosidad, y de gastos y rendimientos.

En la Fisiología Normal y Patológica de Roger y Widal se encuentran las leyes siguientes que es útil recordar:

La presión ejercida por un líquido se

transmite uniformemente a sus paredes de un manera proporcional a la naturaleza del líquido y a su carga.

La velocidad de escurrimiento por una abertura es proporcional a la raíz cuadrada de su carga e inversamente propocional al cuadrado de la suma de los tubos medios y al cuádruple de los capilares.

La carga se gasta en vencer la resistencia de una manera proporcional, así como la presión lateral disminuye igualmente.

La velocidad de escurrimiento es inversamente proporcional a su sección.

La resistencia es proporcional a la superficie total de sus paredes.

Una carga intermitente pone al líquido en movimiento contínuo, con un débito mayor cuando este líquido circula en tubos elásticos.

Por lo tanto se ve que no hay leyes que contradigan los principios en que funda su operación Babcock. Además, se le sugirió al pasante de medicina Sr. Javier Oropeza hiciera los estudios experimentales para ratificarlos y que publicará en su Tesis recepcional.

¿En el aneurisma de la aorta se presentan las condiciones anatómicas y físicas para aplicar las leyes hidrodinámicas de que se sirve Babcock como fundamento para su operación?

Los que hayan hecho autopsias de aneurismas de la aorta, estarán de acuerdo en que dicho saco está lleno de capas fibrinosas tan resistentes al escalpelo que en ocasiones no se pueden cortar; no se encuentra dilatación a este nivel, en donde la luz de la aorta a veces es menor, y por lo tanto en el saco la presión no aumenta, ni disminuye la velocidad de la sangre: primer escollo para aplicar las leyes de presión y velocidad en relación al calibre del vaso.

Pero durante varios años hemos visto la insuficiencia del tratamiento específico en los aneurismas de la aorta en fase avanzada, como entran estos enfermos al Hospital, pues con solo descubrirles la parte superior del tórax se hace el diagnóstico.

Y cuando se asiste día a día a su ruptura ya sea exterior o intravisceral, queda una huella de tristeza ante la imposibilidad de hacerles algo útil. Durante los meses de julio a diciembre de 1931 teníamos en el Servicio de Cardiología del Hospital General a Lino Pulido con un gran aneurisma de la aorta toráxica, a quien se le había instituído tratamiento yodurado intenso, series de mercurio, bismuto y neosalvarsán, sin la menor modificación funcional ni física.

Y como se sabe qué difícil es predecir la evolución de los aneurismas, pero que desgraciadamente tarde o temprano conducen a la muerte; por eso el médico frente a estos enfermos, no debe dudar en aplicar métodos curativos por audaces que sean.

Estudiado y meditado el aspecto doctrinal, quedaba por resolver el aspecto quirúrgico del asunto, a lo que eficazmente contribuyó el Dr. José A. Guevara.

Convencidos de que la educación quirúrgica sirve de base a cualquiera intervención, pero que no basta por sí sola para conducir debidamente al éxito de ella, sino que se requiere un adiestramiento cuidadoso en el manejo de los tejidos, con mayor razón cuando se trataba, como en el presente caso, de llevar a efecto una operación que no se practica con frecuencia, ni habíamos tenido oportunidad de verla hacer, nos marcamos el programa siguiente:

1o.—Práctica de la operación en cadáveres ejecutando la técnica descrita por el Dr. McCarthy, en los Anales de Cirugía de Filadelfia.

2o.—Práctica de la operación en animales para tener el control fisiológico de las suturas.

3o.—Aplicación al caso clínico.

En otros términos, debíamos conocer y ejercitar la técnica suficientemente para tener confianza, tanto en nuestras manos e instrumentos, como en la técnica misma, y buscaríamos después un individuo que por lo avanzado de su lesión estuviera fuera de los recursos médicos y próximo a un desenlace fatal, para efectuar nuestra primera operación en el hombre. De este modo pensamos satisfacer las exigencias de nuestra ética profesional.

Además de los instrumentos de cirugía general, usamos pinzas de conjuntiva, tijeras finas, pinzas de mosquito con las puntas li-

madas, agujas de Cooper y agujas de bordar; para las suturas empleamos seda fina torcida y para la hemostasis provisional cinta delgada de lino y pinzas curvas chicas con que sostenerla. No tuvimos a la mano ningún instrumental ni material especial para suturas vasculares.

Desde un principio encontramos defectuosos los dibujos que ilustran la técnica de McCarthy en lo que se refiere al primer plano de la sutura de los vasos, porque hecha de ese modo una parte de ls bordes quedan dentro de la luz vascular, lo que está en contra de los principios de esta clase de suturas, en que deben quedar adosadas las superficies interiores de los vasos, principio fundamental completamente opuesto al que rige las anastomosis de las vísceras huecas del abdomen.

Por esta razón hicimos la anastomosis buscando la forma más fácil para nosotros, pero apegada siempre a una técnica correcta y que será descrita después.

Quedamos satisfechos de nuestros trabajos en cadáveres cuando nos pareció fácil la sutura y conseguimos terminar ésta en media hora cuando nos habituamos a ayudarnos debidamente.

Las operaciones en animales, las practicamos en la Clase de Técnica Quirúrgica General de la que es profesor el que habla en la Facultad de Medicina. Fueron hechas en perros anestesiados con morfina-atropina-cloroformo.

Efectuamos las primeras anastomosis entre la aorta abdominal y la caya inferior, buscando solamente la facilidad de la técnica por el diámetro de los vasos que se presta mejor a e lla. Queríamos familiarizarnos con la tensión de los hilos y de los nudos de sutura que fuera necesaria para conseguir la unión de los cabos vasculares, traumatizando lo menos posible las capas que los constituyen; debíamos también comprobar la resistencia de las suturas a la presión sanguínea, estudiando todas las contingencias que pudieran presentarse par saber el modo de remediarlas; y por último atenderíamos los fenómenos que habrían de sucederse al restablecer la corriente sanguínea.

Comprobamos nuestras suturas comprimiendo completamente la vena para que sufrieran toda la energía de la onda sanguínea y de este modo estar seguros de que no habría una hemorragia posterior, puesto que al permitir libremente la ciculación la presión que tendría que resistir la sutura sería, y de hecho lo es, mucho menor.

Después quisimos aumentar las dificultades técnicas haciendo la anastomosis en vasos de mucho menor calibre y escogimos la carótida primitiva y la yugular externa, de este modo conseguimos un mejor adiestramiento en esta clase de cirugía. Conservamos indefinidamente los animales para estudiar con posterioridad y según el tiempo deseado el resultado final de las suturas, hecho que nos llevó a la convicción de que la técnica que estudiábamos era correcta y efectiva. Algunas de estas comprobaciones fueron hechas hasta diez meses después de la intervención.

Una vez concluída esta fase de experimentación y con los conocimientos adquiridos se le propuso la operación al enfermo, quien aceptó someterse a ella.

Individuo de 68 años, originario de Zumpango, Edo. de México, jornalero, sin antecedentes luéticos, alcohólico; principió hace cinco años, de una manera brusca con afasia y cuadriplegia; al año desparecieron estos trstornos nerviosos y se inició ronquera con voz bitonal; después de varios meses, accesos de tos seca hasta simular ictus laríngeo, disnea progresiva, cianosis, espasmos del esófago, disfagia, palpitaciones, y hasta lo último ligeras algias precordiales.

Se le encontró anisocoria con reflejos pupilares lentos, lengua escrotal, yugulares izquierdas ingurgitadas, laringe desviada a la derecha con movimientos de ascenso y descenso isócronos al pulso, pulsción carótidea apenas perceptible, parálisis completa de la cuerda vocal izquierda, soplo sistólico en el hueco supra-esternal con segundo tono seco y vibrante.

En la cara anterior del tórax y a la izquierda, desde el borde inferior clavicular a la cuarta costilla, se notó un tumor pulsátil como de diez a doce centímetros de diámetro, sobresaliendo al plano torácico cuatro o cinco centímetros, hay en él expansión, soplo

sistólico y segundo tono vibrante. Los tonos cardíacos están débiles, no hay cardiomegalia y se observa red venosa superficial que se deriva en la epigástrica.

Es ostensible la disminución de amplitud respiratoria en el hemitórax izquierdo.

El pulso radial izquierdo es apenas perceptible, el derecho normal; 110 de Mx. por 58 de Mn. en la humeral derecha; 70 de Mx. por 60 de Mn. en la izquierda; el Wassermann positivo en abril de 1932; sus riñones diluyen y concentran bien, en el análisis de orina no hay albúmina, sangre ni cilindros; tiene 26 miligramos por 1000 de urea sanguínea; elimina el 46% de la sulfofenolptaleína en dos horas; 5 minutos de coagulación sanguinea y 3 de sangrado. Ortodiagrama adjunto.

Se trata de Aneurisma saxiforme del cayado y principio de la aorta descendente, con síndromes de irritación y compresión mediastínica y arteritis generalizada de origen luético.

Se sabe que el diagnóstico de aneurisma de la aorta puede ser fácil, difícil, delicado; el caso particular es de los fáciles; pero es útil recordar a este respecto las ideas de Laennec: pocas enfermedades son tan insidiosas como los aneurismas de la aorta, a veces una muerte repentina como la producida por arma de fuego es su única manifestación, y Berché en este sentido dice: cuando la autopsia revela un error de diagnóstico (de ruptura aórtica), hay que considerarlo como venial.

Lo insidioso de su evolución recuerda al hermano de un compañero, que se quejaba de dolores tipo neuralgía intercostal izquierda, de poca intensidad y como único síntoma. Un interrogatorio semiótico, y una exploración física minuciosa no dió datos positivos de importancia por lo que se atribuyó dicha molestia a una neuralgía intercostal de origen reumático; cuál sería nuestra sorpresa al hacerle radioscopía y encontrar un aneurisma de la aorta descendente del tamaño de una mandarina; por eso debe recordarse lo útil de la radioscopía en estos casos.

1o.—Confirma los datos clínicos cuando son precisos.

2o.—Confiere certidumbre cuando son dudosos.

3o.—Reina como dueña cuando no existen signos clínicos.

Se entiende por aneurisma de la aorta una dilatación que rompe de una manera brusca el paralelismo de sus paredes.

Todos admiten que el ciento por ciento de los aneurismas son de origen sifilítico, y que la sífilis se complace en desorganizar y atrofiar ciertas partes de su pared al mismo tiempo que solicita hiperplasia e hipertrofia de las paredes adyacentes, es una pan-aortitis como dice Letulle, con principio en la adventicia (peri-aortitis), y sabemos que en ellas están los vaso vasorum, nervios y plexos; por eso el síntoma anginoso es tan prematuro en las aortitis sifilíticas, aun antes de signos de compresión o radiológicos. Es cuando el cuadro clínico da derecho de ciudadanía a la aortitis sifilítica.

En Lino Pulido su principio fué brusco por afasia y cuadriplegia (embolia cerebral), esto nos indica lesión de la endoarteria antes de la adventicia, pues ninguna algia ni síndrome anginoso le precedió. No hay leyes inmutables en Patología.

En cuanto al origen sifilítico de los aneurismas y de las aortitis, Laubry y Bordet piensan:

Salvo ciertas aortitis de los ancianos y de los arterio-esclerosos, toda aortitis que no demuestre lo contrario es de origen sifilítico.

El dctor Ignacio Chávez en su ponencia al Congreso Médico en Monterrey titulada "Frecuencia de la Aortitis Sifilítica" dice:

La sífilis está casi siempre en el fondo de las aortitis.

La sífilis es a las arterias lo que el reumatismo al endocardio.

Con excepción de ciertas aortitis de la vejez, éstas no son sino viejo nido de treponemas.

Toda aortitis crónica en un sifilítico comprobado, hay que clasificarla de sifilítica.

El alcohol y la edad avanzada pasan a segundo plano; la sífilis es la que engendra el proceso, la gobierna, la desenlaza.

El doctor Ocaranza en sus comentarios, recomienda:

En todo sifilítico hay que buscar la aortitis y en toda aortitis la sífilis.

Esto apoya el por qué del tratamiento yodurado intenso, del mercurial, bismútico y arsenical que se instituyó a este enfermo.

Sin embargo, hay que decirlo de una manera franca, en los aneurismas de la aorta avanzados es inútil todo tratamiento específico.

La aorta es extensible y elástica por eso transforma el caudal intermitente cardíaco en contínuo lo que hace aumentar el rendimiento en la periferie disminuyendo el trabajo central; al disminuir su elasticidad y aumentar su extensibilidad (aneurisma) se aumenta el trabajo del corazón y por lo tanto éste debiera hipertrofiarse; sin embargo, es frecuente encontrar aneurismas voluminosos con corazones normales y suficientes como en este enfermo. Luego las leyes físicas no se verifican de una manera inmutable en el vivo.

Es necesario recordar que todo saco aneurismático y principalmente el de aorta está lleno de capas blanquizcas fibrinosas; hecho que demuestra esta aseveración lo recuerda el resultado de la punción de un aneurisma en que se dudaba de este diagnóstico: se extrajeron unas cuántas gotas de líquido sero-lechoso y no de sangre como se esperaría por el hecho de pensarse en aneurisma; después de varios meses el enfermo falleció y la autopsia demostró un gran aneurisma de la aorta con la luz muy estrecha al nivel del saco y el resto lleno de capas fibrinosas.

Los métodos actualmente propuestos para la curación de los aneurismas son los siguientes:

El antisifilítico, la acupuntura, la caloripuntura, la filipuntura, las inyecciones esclerógenas peri-aneurismáticas, las inyecciones intra-aneurismáticas de tanino y fierro, las inyecciones subcutáneas de gelatina. Tuffier rodea la bolsa aneurismática con una banda apo-neurótica que toma de la fascia lata, otros ligan una o varias ramas de la aorta para provocar la coagulación intra-aneurismática, y como en terapéutica la fantasía nunca pierde derecho, Abrams recomienda percutir la séptima apófisis espinosa cervical, para despertar un reflejo aórtico favoable.

La descrición de la técnica que seguimos para la operación de Babcock es la siguiente:

Inyección de sedol media hora antes de la intervención.

Cabeza inclinada del lado derecho.

Analgesia por infiltración, con solución de percaína al 2 por 1000 (20 centímetros cúbicos) de la porción inferior de la región carotídea izquierda.

1o.—Incisión transversal como de diez centímetros, paralela a la clavícula dos dedos arriba de ella; su porción media debe corresponder al punto medio de la anchura del esteno-cleido-mstoideo. Cortar piel, tejido celular, cutáneo y hoja superficial de las aponeurosis del cuello.

2o.—Sección transversal de los dos haces del esterno-cleido-mastoideo: Separar los bordes anterior y posterior del músculo de los tejidos vecinos, lo mismo que su cara profunda; cortar en medio de dos pinzas de

''COLENOL''
Unico tratamiento por irrigación de las
INFECCIONES INTESTINALES
Solicite literatura a los representantes
LLANO Y CIA. S. EN C.
República del Salvador No. 51

Kocher que abarquen todo el espesor del músculo.

3o.—Incisión de la hoja media de las aponeurosis del cuello y del homo-hioideo. Se llega al paquete vásculo-nervioso, cubierto por su vaina conjuntiva.

4o.—Aislamiento de la carótida primitiva y de la yugular interna: Abrir la vaina conjuntiva y separar los vasos en una extensión como de cuatro centímetros, respetando cuidadosamente la adventicia y el neumogástrico.

5o.—Ligaduras. 1. Ligadura provisional del cabo central de la carótida, con cinta fijada con una pinza; 2. Doble ligadura definitiva con seda gruesa del cabo periférico de la arteria; 3. Doble ligadura definitiva con seda gruesa del cabo periférico de la yugular interna; y 4. Ligadura provisional del cabo central de la vena, con cinta fijada con una pinza. Es conveniente que las ligaduras de cada vaso queden separadas una de otra cuando menos dos centímetros y medio.

6o. Sección de los vasos. Hacerla cerca de las ligaduras definitivas de los cabos periféricos.

7o. Triangulación de la luz de los vasos: Colocar puntos de sostén que dividan en tres partes iguales la circunferencia de la arteria y de la vena, juntando en dos de ellos las terceras partes correspondientes de los vasos; quedan así cuatro puntos de sostén: dos que afrontan la tercera parte de la luz de ambos vasos, y dos que separan cada uno las otras dos terceras partes de la circunferencia de la arteria y de la vena.

8o. Sutura de los vasos: Hacer puntos en U de la ateria a la vena, comenzando en el primer tercio anterior, aproximando los dos puntos de sostén independientes y rechazando para atrás uno de los puntos de sostén dobles. Hacer los mismos puntos en el segundo tercio, torciendo sobre su eje los vasos. Terminar este plano de sutura en la misma forma, en el último tercio. Al llegar a los primitivos puntos de sostén, sustituirlos por los puntos en U correspondientes, dejando largos los extremos de los hilos.

Por último, hacer un surjete contínuo, sobre el espolón que ha formado la sutura con los puntos en U, en toda la circunferencia de los vasos. Comenzar en el último tercio de la triangulación para terminar, destorciendo los vasos, sobre el primer tercio anterior.

9o. Restablecer la circulación: Quitar completamente la ligadura provisional de la vena; ir aflojando muy lentamente la ligadura provisional de la arteria hasta dejar pasar toda la masa sanguínea. No cortar los puntos de sostén sino hasta después de este tiempo, para poder rectificar con facilidad algún punto de la sutura que deje pasar sangre. Cuando esto suceda y no sea suficiente para detenerla una ligera compresión, se hará un punto en X en el lugar que sangre. Desde el aislamiento de los vasos hasta terminar las suturas de ellos deben humedecerse constantemente con suero fisiológico tibio.

10o. Reconstrucción de la herida: Puntos de afrontamiento sobre la vaina conjuntiva

AMBULANCIA

Perfectamente Atendida para enfermos no infecciosos

Servicio día y noche. - Precios muy reducidos

Pídala Ud. a la

Agencia Eusebio Gayosso

Av. Hidalgo No. 13

TELEFONOS:

Mexicana: L-00-13. L-80-13. L-10-06

Ericsson: Servicio por nombre.

Pida Agencia Gayosso

Señores Médicos: para los casos que Uds crean conveniente proporcionaremos este servicio al precio mínimun posible

del paquete y la hoja media de las aponeurosis del cuello. Puntos en U para suturas el homo-hioideo y el esterno-cleido-mastoideo. Sutura de los planos superficiales sin canalización.

El primer caso que nos tocó en suerte operar—el primero que se hace en México—ofreció algunas particularidades que nos parece interesante mencionar: las relaciones de la carótida primitiva y de la yugular interna, se hallaban invertidas en posición y en calibre, probablemente por el desarrollo mismo del aneurisma; la primera estaba rechazada hacia afuera con las paredes engrosadas, su calibre alcanzaba un diámetro aproximado de centímetro y medio; en cambio la vena tenía cuando más seis milímetros y se encontraba situada muy adentro de la arteria. Pensamos por un momento derivar la corriente arterial en la yugular externa, cuyo calibre se aproximaba más al de la arteria, para quedar dentro de las condiciones requeridas por la operación de Babcock: enviar la corriente sanguínea de un vaso arterial a una venoso de mayor calibre para disminuir las resistencias periféricas facilitando el desagüe de la arteria, pero nos decidimos a efectuar la anastomosis con la yugular interna a pesar de su menor diámetro, porque la externa estaba turgescente, seguramente por la dificultad en la circulación de vuelta causada por la compresión mediastinal que producía el aneurisma.

Naturalmente que la intervención realizada en estas circunstancias no podía dar los resultados inmediatos señalados en la literatura, nos referimos especialmente a la baja de la tensión arterial (dos a tres centímetros) que se produce al restablecer la circulación por la anastomosis carótido-yugular, ni tampoco esperaríamos obtener un

La Droguería y Farmacia de Regina, S. A.

Ejerce en su Departamento de Farmacia una escrúpulosa vigilancia para que las recetas de los Señores Médicos sean preparadas rigurosamente según su indicación y con productos frescos y de primera calidad.

SERVICIO ESPECIAL A DOMICILIO.

Abierto de 7.30 a. m. a 9.30 p. m.
Domingos, de 8 a 1 .

LLAMENOS POR TELEFONO Y SERA INMEDIATAMENTE ATENDIDO

DROGUERIA Y FARMACIA DE REGINA, S. A.

5 DE FEBRERO Y REGINA.
Teléfonos:
Eric. 2-18-50 Mex. J-14-36.
Apartado 71-07. MEXICO, D. F.

Eugenio Villain

1a. Motolinía 13

Apartado 1166. México, D. F.

La Mejor Casa para Instrumentos de Cirugía, Muebles para Hospital y Consultorio.

Autoclaves y Esterilizadores Eléctricos.

Un solo Precio: EL MAS BAJO.

Una sola clase: LA MEJOR.

SEÑOR DOCTOR: Si no ha recibido usted mi catálogo No. 15, pídanoslo y a vuelta de correo lo recibirá.

éxito completo en el resultado definitivo, considerando también lo avanzado del proceso aneurismal de nuestro enfermo.

Las observaciones durante la intervención, que bondadosamente fueron hechas por el Profesor doctor Ignacio Chávez, Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital General, constan en el cuadro siguiente:

Hora.	Pulso.	Resp.	Tensión.	Etapa operatoria.
10.30	96	29	125.65	Incisión de la piel. Hallazgo e identificación del paquete vásculo-nervioso del cuello.
10.40	100	29	140.70	
10.50	100	34	150.80	Aislamiento de los vasos.
11	100	33	145.75	Ligadura provisional del futuro cabo central carotídeo.
11.2	100	33	145.75	Ligadura definitiva del futuro cabo periférico carotídeo.
11.3	104	34	160.80	Ligadura definitiva del futuro cabo periférico yugular.
11.5	104	34	160.80	Ligadura provisional del futuro cabo central yugular.
11.10	104	32	160.80	Se inicia la sutura de los cabos vasculares.
11.20	102	31	150.78	
11.30	100	30	140.70	Terminación de las suturas arterio-venosas.
11.35	104	32	150.75	Circulación restablecida.
11.45	100	32	150.75	Reconstrucción de los planos.
11.55	96	26	145.70	Intervención concluída.

Cuadro que demuestra la evolución posterior:

Fecha.	Pulso.	Resp.	Tensión.	Observaciones.
Mayo 4	Operación.			Ligero aumento de la pulsatilidad del aneurisma.
Mayo 5	90	26	120.60	Acroparestesias de los miembros inferiores
Mayo 6	110	24	108.60	
Mayo 7	96	24	93.50	
Mayo 9	90	25	90.55	
Mayo 10	86	22	98.58	
Mayo 11	88	21	100.60	Disminución de consistencia del aneurisma con aumento de su pulsatilidad.
Mayo 12	72	23	120.60	
Mayo 13	96	24	100.50	
Mayo 14	100	22	100.50	
Mayo 19	92	23	100.50	
Mayo 21	96	22	110.60	(Datos recogidos por el practicante Sr. A. Caraza L.)
Mayo 31	88	24	92.60	
Jun. 4	92	24	92.60	
Jun. 12	90	24	115.65	(Datos recogidos por el pasante de medicina Sr. J. Oropeza).
Jun. 17	90	22	110.60	

Las tensiones fueron tomadas en la humeral derecha usando el esfigmotensiófono.

COMENTARIOS.

Al principio de la intervención el enfermo tenía 96 de pulso, 29 de respiración, 125 de Mx. y 65 de Mn. Se emplearon 25 minutos desde la incisión de la piel hasta el aislamiento del paquete vásculo-nervioso del cuello, lo que hizo aumentar a 100 el pulso, a 34 la respiración y a 150 la Mx. y 80 la Mn.; esto indiscutiblemente por la excitación de las terminaciones nerviosas.

La ligadura del cabo central carotídeo no modificó el pulso ni la respiración pero sí descendió la Mx. a 145 y la Mn. a 75; lo que nos indica que la supresión de una zona circulatoria de una manera brusca no predispone a la hipertensión, y también es útil manifestar que el enfermo no indicó trastorno encefálico ni bulbar: la compensación circulatoria visceral es más sabia y rápida de lo que se cree.

Con la ligadura definitiva del cabo periférico yugular, subió a 160.80 la presión arterial probablemente por la perturbación circulatoria de los centros diencefálicos del tono vascular. Desde la ligadura definitiva del cabo periférico yugular hasta que terminó la sutura arterio-venosa se emplearón 35 minutos sin modificarse el pulso; la respiración disminuyó a 31 y descendió la presión a 140.70; lo que indica, que habiendo pasado el ligero desequilibrio circulatorio, se adaptó rápidamente el encéfalo y el corazón a su nueva nutrición sanguínea.

Después viene la fase más interesante de la operación: soltar las ligaduras provisionales par arestablecer la circulación y sin embargo no hubo la más leve modificación del pulso, de la respiración, de la tensión arterial, ni trastorno funcional cardíaco o cerebral. Se termina la opeación a las 11.55 (4 de mayo de 1932) después de una hora veinticinco minutos.

La tensión arterial máxima fué disminuyendo de una manera progresiva de 120 a 100 en los cinco primeros días para subir después paulatinamente pero sin alcanzar la cifra encontrada antes de intervenir; la mínima tuvo una modificación imperceptible, por lo que se piensa que indiscutiblemente hubo un aumento de débito a nivel de la anastomosis con disminución del trabajo del corazón.

Las modificaciones posteriores a la operación fueron la desaparición de los dolores en el sitio del aneurisma, disminución de consistencia y aumento de pulsatilidad del saco. El enfermo permaneció en condiciones más o menos iguales durante 3 meses; al cabo de ellos comenzó el aneurisma a aumentar de volumen y de consistencia reapareciendo los dolores.

Cinco meses después de la intervención se produjo una ruptura del aneurisma al exterior que causó la muerte. En la necropsia encontramos la anastomosis arterio-venosa perfectamente cicatrizada, sin que pudiera apreciarse macroscópicamente alteración alguna del endotelio vascular; el diámetro de la vena había llegado a igualar al de la arteria.

¿La operación fué benéfica para el paciente?

Por el abatimiento de la máxima y por la disminución de la tensión del saco seguramente sí; pero por el aumento de la pulsatilidad, aunque se consigan las modificaciones hidrocinéticas ya anotadas, puede ser más nociva que útil: primero por el peligro de embolias, y segundo, porque hará temer que la ruptura se acelere.

El egundo caso que operamos fué practicado casi en extremis, pues se temía de un momento a otro la ruptura del saco aneurismal; la dificultad en la respiración y en la circulación cefálica (por la enorme compresión del mediastino) eran tan grandes que impidieron acostarse al enfermo y fué necesario colocarlo casi sentado, lo que complicó mucho el acto operatorio y no permitió recoger las variaciones del pulso, respiración y tensión.

Encontramos la yugular interna muy dilatada y después de seccionarla extrajimos coágulos de su luz. Tampoco aquí tendríamos las condiciones para que la operación de Babcock nos diera resultado apreciable.

En este enfermo sólo hubo un centímetro de abatimiento de la Mx. y uno y medio de la Mn.

Cuadro de evolución. (Agustín Zermeño):

Fecha.	Pulso.	Resp.	Tensiones.	
			Der.	Izq.
May. 27	Operación.			
May. 28	120	28	118.82	115.85
May. 30	112	29	100.70	98.68
May. 31	116	30	100.70	106.78
Jun. 1	116	24	100.70	100.70
Jun. 2	108	28	108.72	95.65
Jun. 3	104	32	106.68	96.70
Jun. 4	104	26	100.64	96.68
Jun. 6	104	26	98.70	96.68

Diez días después de la intervención, sin que se hubiera modificado en nada el estado del enfermo, se rompió el saco en la pleura causándole la muerte. La autopsia nos indicó que la anastomosis arterio-venosa estaba correcta, sin encontrar señales de separación de los cabos vasculares.

CONCLUSIONES.

Los trabajos que hemos emprendido nos autorizan a concluir:

1o.—El tratamiento antisifilítico es sin efecto en los aneurismas avanzados.

2o.—La técnica de Babcock puede conducirse debidamente.

3o.—Los suturas vasculares cumplen efectivamente su papel.

4o.—La operación por sí misma no compromete la vida del enfermo.

5o.—No hay trastornos inmediatos de ninguna naturaleza.

6o.—No hubo dilatación cardíaca derecha, ni síndromes de insuficiencia cardíaca.

7o.—Esta operación debe intentarse en los aneurismas incipientes, es decir, en los casos en que se reúnan las condiciones anatómicas que exige el principio en que está fundada para poder esperar un resultado efectivo.

México, D. F., diciembre de 1932.

Estudio Teórico-Práctico de la Operación Intracapsular de la Catarata

Por el Dr. R. CASTROVIEJO, JR.,
Chicago, Ill.

(Concluye)

cisión se ha facilitado extraordinariamente con el empleo de pinzas como la de Elschnig que no solamente agarran la conjuntiva fácil de desgarre, sino al tejido episcleral y proporcionan una excelente fijación del globo.

Pasemos ahora al estudio práctico de los distintos métodos objeto de nuestro trabajo:

ESTUDIO PRACTICO

Método de Smith.—Desde que Smith popularizó la operación que lleva su nombre, muchos fueron los inconvenientes que a ella se achacaron como la de ser una operación excesivamente traumatizante, producir tracciones muy violentas y subsiguientes complicaciones por parte del ciliar, coroides y retina, poseer una incisión corneal difícil de cerrar, excesivo número de pérdidas de vitreo, desviaciones de pupila y encarceraciones del iris; estar contraindicada en cataratas congénitas, juveniles, secundarias, enfermos de ojos prominentes y sujetos robustos, cataratas traumáticas y ojos glaucomatosos.

Desde entonces muchas son las modificaciones introducidas en la técnica primitiva de Smith para evitar sus principales inconvenientes, siendo Fisher, de Chicago, uno de los principales proagandistas de esta técnica en Norte América y quien con más entusiasmo la defiende en la actualidad.

Fisher emplea sistemáticamente atropina para dilatar la paupila y facilitar la salida del cristalino, parexia del orbicular, sutura del recto superior, incisión con colgajo conjuntival utilizando sus separadores para sostener los párpados sin ejercer presión sobre el globo, sutura conjuntival; extracción a lo Smith ayudando al cristalino a salir con su aguja en casos difíciles y disminuyendo con esta maniobra el número de pérdidas de vitreo, iridectomía periférica después de anudado el punto de sutura conjuntival y eserina después de la operación.

Si bien, el empleo sistemático de todos estos detalles ha mejorado notablemente las estadísticas obtenidas en un principio con la operación primitiva de Smith, han quedado los tres principales inconvenientes que son las presiones excesivas en el ojo que lo deforman y dan lugar a un número todavía demasiado alto de desviaciones de la pupila hacia arriba, pérdidas de vitreo y enclavamientos de iris, por lo cual esta técnica es solo utilizada en la actualidad en aquellos lugares donde las condiciones especiales de los enfermos y de ambiente lo permiten y por aquellos operadores con una experiencia de muchos años en este método y el cambio de procedimientos les conduciría a la obtención de estadísticas inferiores.

Extracción con la pinza.—Kalt fué el primero que utilizando sus pinzas sin dientes, tratando de arrancar un trozo de la cápsula anterior del cristalino, obtenía extracciones in-toto; pero fué Estanculeanu el que empezó sistemáticamente a extraer las cataratas en su cápsula, utilizando una pinza de su invención; desde entonces muchos operadores han intrducido modificacioes en la técnica primeramente descritas por Estanculeanu, bien de orden técnico o instrumental.

La dificultad del plegamiento capsular ha sido allanada en parte aplicando una pequeña contrapresión externa en la parte inferior de la córnea con ayuda de una espátula o pinzas especiales para este objeto, esta ma-

niobra al mismo tiempo que aumenta el número de cataratas que se pueden pellizcar, disminuye el eligro de la dislocación posterior del cristalino.

El principal inconveniente de la extracción con pinza que era el número tan alto de roturas capsulares, ha sido corregido también en parte con el empleo de pinzas más perfeccionadas que la de Kalt y la aplicación de presiones a lo Smith ejercidas en la parte inferior del limbo esclerocorneal, aumentando el número de extracciones in-toto.

Con este método combinado que podríamos llamar **Smith-Kalt**, desaparece el principal inconveniente de la operación de Smith que son las presiones excesivas ejercidas en el ojo y el principal inconveniente de la extracción con pinza o número tan elevado de roturas capsulares, quedando como operación tipo de este método la que practica Elschnig que emplea sistemáticamente la técnica que sigue: Akinesia palpebral, inyección retrobulbar de novocaína, y adrenalina, sutura de fijación del recto superior, sutura previa conjuntival, incisión con colgajo de conjuntiva, iridotomía periférica y extracción del cristalino con su pinza, modificación de la de Kalt. El cristalino lo extrae dándole la vuelta de modo que el borde inferior sea el primero que traspase la incisión; una vez anudado el punto conjuntival termina la operación con la aplicación de una pomada de eserina.

Empleando la técnica que acabamos de describir, se han obtenido en los últimos años estadísticas con resultados visuales sorprendentes y un tanto por ciento muy pequeño de roturas capsulares que en la estadística publicada por Safar es solamente de ocho por ciento; pero la regla es que los buenos operadores tengan con este método de un veinte a treinta por ciento de roturas capsulares.

Método de Barraquer.—Desde que Barraquer en 1917 presentó su método de extracción, muchos han sido los inconvenientes prácticos que a ella se han atribuído como son las pérdidas frecuentes de vitreo, ser método peligroso de aplicar en sujetos indóciles, ocasionar trastornos en el cuerpo vitreo a la larga después de operaciones realizadas normalmente sin complicaciones en el momento operatorio, ser un procedimiento científicamente incorrecto y técnicamente deficiente y requerir un instrumental caro.

Si bien antiguamente las estadísticas mostraron un tanto por ciento de complicaciones mayor que con la pinza o con la capsulotomía, ellas eran debidas más bien a movimientos intempestivos del enfermo o inhabilidad del operador, pues modernamente, operando con el ojo perfectamente inmóvil las pérdidas de vitreo, succiones del iris, etc., no tienen razón de existir siendo la aplicación del erisifaco sobre la cara anterior del cristalino estando la pupila dilatada tan sencilla o más que el pellizcamiento con la pinza.

Las estadísticas de Barraquer, Green, Saint Martin, VanLint, etc., han venido a probar que los resultados visuales son tan excelentes como los obtenidos con la pinza, las complicaciones no más numerosas y las roturas capsulares casi no existen.

Los estudios del cuerpo vitreo en enfermos operados por el método de Barraquer, muestran que este fluído no experimenta ningún cambio patológico cuando la operación se realizó normalmente y sin complicaciones post-operatorias de origen inflamatorio. Los cambios que se observan en el vitreo son debidos generalmente a hemorragias en la cámara anterior o a estados patológicos que ya existían antes de la operación.

Si bien el instrumental que se emplea en un principio era algo defectuoso y se daban casos de interrupciones en los momentos más importantes de la operación, esto no sucede en la actualidad con los aparatos más modernos con los cuales nunca se nos presentó esta complicación.

No comprendemos cómo hay quien pueda achacar a este procedimiento de ser científicamente incorrecto y técnicamente deficiente cuando el número de extracciones intracapsulares es mayor que el obtenido en las mejores estadísticas de la extracción con pinza, como puede probarse fácilmente comparando la publicada por Safar en 1929 con las publicadas por Barraquer, los Hnos. Green, Van Lint, Saint Martín y otros muchos.

El coste elevado del aparato si bien es un obstáculo para los especialistas de poca clientela no debe serlo para los que poseyendo más material o mejor dicho mayor número de enfermos y trabajando en aras de la ciencia tratan de obtener los mejores resultados.

Acordémonos de las enormes ventajas obtenidas en diagnóstico y tratamiento con aparatos como el microscopio corneal, oftalmoscopio de Gullstrand y lámparas de fototerapia que son todos instrumentos costosos.

Barraquer utiliza en la actualidad la técnica siguiente: dilatación de la pupila con pomada de euftalmina-cocaína, akinesia palpebral, inyección retrobulbar de novocaína-adrenalina, colgajo conjuntival con sutura previa, iridectomía periférica, extracción con la ventosa dándole la vuelta al cristalino y utilizando presiones a lo Smith solamente en los casos en que la tracción sola expone a roturas capsulares como acontece en las cataratas de cápsula muy frágil (cataratas esclerosadas de núcleo grnde).

Barraquer considera contraindicado su método en los individuos jóvenes realmente de menos de cincuenta y cinco años. Las cataratas traumáticas, subluxadas, membranosas, complicadas con sinequias posteriores y ojos glaucomatosos.

La técnica que nosotros empleamos en la actualidad se desvía muy poco de la utilizada por Elschnig y Barraquer.

Después de hacer un estudio detenido general y local del enfermo, eliminando focos de infección y tratando por todos los medios que el enfermo se presente a la operación con una fórmula orgánica lo más parecida a la normal, se le prepara para la operación dándole una dosis de bromuros la víspera y otra dosis el día en que se le va a operar.

La pupila se dilata dos horas antes de la operación con euftalmina-cocaína según la fórmula de Barraquer o con inyección subconjuntival de unas gotas de cocaína-adrenalina en casos de pupila perezosa; sistemáticamente empleamos la akinesia parpebral de Van Lint, inyección retrobulbar de novocaína-adrenalina, sutura de fijación del recto suerior, blefarostato de Arruga que no hace presión sobre el globo, fijación con pinza de Elschnig e incisión con colgajo de conjuntiva procurando que esta abarque toda la periferia de la córnea. Sutura previa de conjuntiva, extracción con la pinza de Verhoeff o con la ventosa de Barraquer, sin darle la vuelta al cristalino por no encontrarle ninguna ventaja a esta maniobra, eridectomía periférica después de anudar el punto de sutura conjuntival, aplicación de suturas complementarias generalmente una a cada lado de la central para cerrar completamente la incisión, eserina y sutura palpebral con un punto central.

El enfermo permanece acostado el primer día, el segundo día ya se puede levantar cambiándole el vendaje binocular retirando la sutura palpebral y dejando descubierto el ojo no operado; si el enfermo no experimenta molestias, el ojo no se observa hasta el cuarto día cambiándole entonces el vendaje otra vez el cual se le suprime generalmente al sexto día, estando la mayoría de los enfermos en disposición de marcharse a su casa al séptimo día de operados.

Como no tenemos ningún dato que nos indique el estado de las fibras zonulares antes de la operación, siempre intento la extracción intracapsular abandonándola en los casos de zónulas resistentes y terminando la operación por el método clásico después de hacer una capsulotomía muy amplia.

En algunos casos se empezó la extracción con pinza y en la imposibilidad de pellizcar la cápsula se terminó con éxito por el método de Barraquer, no habiendo sucedido nunca el caso contrario, lo que me convenció de la superioridad de este método sobre aquél.

Los resultados obtenidos en nuestros enfermos son similares a los obtenidos por otros operadores de pinza o Barraquer, teniendo generalmente de un veinte a un treinta por ciento de roturas capsulares cuando se utiliza la pinza y menos de un diez por ciento cuando se utiliza el Barraquer, siendo los resultados visuales exactamente iguales pr uno y otro método si la operación se realizó normalmente.

SUMARIO

Teórica y prácticamente la operación de Smith es inferior a la de Elschnig y Barraquer por su mayor número de complicaciones especialmente las pérdidas de vitreo, desviaciones de la pupila hacia arriba y enclavamientos de iris.

El procedimiento de la pinza tal como lo practica Elschnig es una operación muy racional, reuniendo las ventajas de la de Smith y las de la pinza sin sus inconvenientes; requiere un instrumental muy sencillo y no tiene más inconveniente que el producir un número de roturas capsulares que varía entre el veinte y el treinta por ciento.

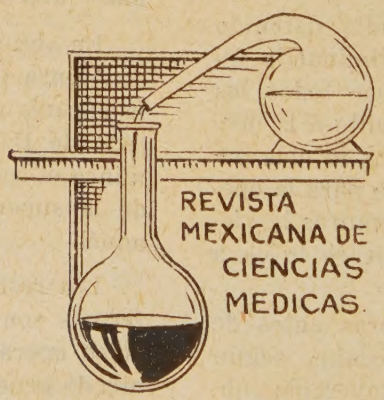
El Barraquer es teórica y prácticamente el mejor y más perfecto de las operaciones intracapsulares, pues proporcionando tan buenos resultados visuales como el método combinado de Elschnig y sin tener mayor número de complicaciones tiene en cambio la ventaja de no ofrecer apenas roturas capsulares, siendo su único inconveniente el requerir un aparato más costoso.

El desarrollo de las operaciones intracapsulares y el que se puedan emplear doy sin exponer a los enfermos a complicaciones graves, se debe a la aplicación sistemática de todos los detalles complementarios que sirven para asegurar una perfecta inmovilidad del enfermo, facilidad en el momento operatorio y aseguran una convalesencia sin accidentes.

Al no ser aplicables los procedimientos intracapsulares a las cataratas de los enfermos jóvenes ni a las traumáticas, sub-luxadas, complicadas con sinequias posteriores, etc., el procedimiento clásico es necesario para todos estos casos.

El ideal sería que todos los Oftalmólogos adoptando un criterio ecléctico dominasen los distintos métodos para poder pasar de unos a otrs cuand fuera necesario.

Manifestaré por último que mi criterio acerca de la operación de la catarata concuerda en todo con el de Ellet que en 1930 revisando los puntos del último Congreso de Oftalmología celebrado en Amsterdam en 1929 dijo: "La tendencia moderna en la operación de la catarata fué indicada definitivamente a la luz del Congreso, y uno puede hablar de la operación moderna de la catarata, la que extrae la catarata en su cápsula con iridectomía periférica, colgajo y sutura conjuntival."



Para el paludismo,
pneumonía
grippe

Una combinación perfecta, que aumenta cuatro veces la acción Antitérmica de la Quinina

Para uso Hipodérmico, Intramuscular e Intravenoso. Indicado en todas las enfermedades de carácter febril, Grippe, Paludismo, Fiebres Infecciosas, Etc.

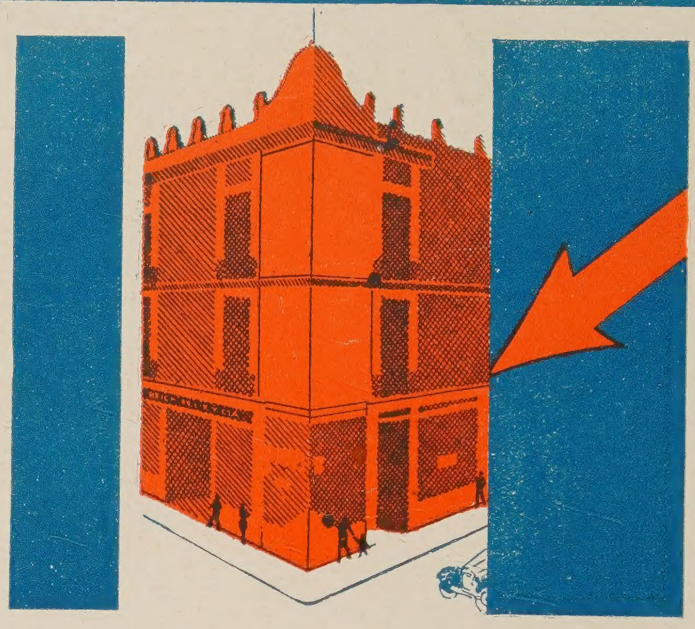
INDOLORO. - NO PRODUCE ZUMBIDO DE OIDOS. - TONIFICA EL CORAZON

SE VENDE EN CAJAS DE
5 Amp. de 5 cc, para adultos y 10 Amp, de 2 cc. para niños

Importadores: - CIA. INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

Isabel la Católica Núm. 85. México, D. F.

Quinapon



50 AÑOS

1882 1932

DE SERVIR AL PUBLICO CON EL MEJOR SURTIDO DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y ARTICULOS DE TOCADOR.

BEICK, FELIX Y CIA.

ANTIGUA DROGUERIA DE "LA PALMA".

MEXICO, D.F.

AV. MADERO 39 APARTADO 313.

Talleres Linotipográficos "Rivadeneyra," S. A.—Miguel Ramos Arizpe y Plaza de la República.